WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK LISTOPAD — GRUDZIEŃ

ROK I 1929 NUMER 3

JÓZEF TYPOGRAF (Warszawa).

PRZYCZYNEK DO LECZENIA STANÓW OBRZĘKOWYCH.

(Podług Warsz. Czas. Lekarskiego Nr. 3).

CHORY A. Z., literat, lat 44. Dziedzicznie nie obciążony. Cięższych chorób nie przechodził. Jako młody człowiek wyróżniał się doskonałym stanem zdrowia i wielką siłą fizyczną. Chorób wenerycznych nie przechodził; palił i pił umiarkowanie. W 35 roku życia począł po raz pierwszy odczuwać dolegliwości sercowe, które polegały na bólach o cechach dusznicy sercowej i napadach duszności niezależnych od wysiłku fizycznego. Chory leczył się bardzo starannie w kraju i zagranicą. Rozpoznanie choroby przez poszczególnych lekarzy było przeważnie bardzo odmienne. *(Angina pectoris, Asthma bronchiale, Hypertensio essentialis, Myodegeneratio cordis, Cholelithiasis, Neuralgia intercostalis).* Stosowanie najróżnorodniejszych lekarstw nie sprawiało naogół choremu większej ulgi.

W ciągu szeregu lat stan chorego ulegał znacznym wahaniom. Były, niezależnie zresztą od leczenia, długotrwałe okresy, podczas których chory czuł się doskonale. Były jednak i to dość często okresy, podczas których chory był zupełnie niezdolny do pracy ze względu na silne bóle w okolicy serca, niespodziewane napady duszności i stany znacznego osłabienia. Cały przebieg choroby był bezgorączkowy. Apetyt zawsze b. dobry. Skłonność do zaparcia. Sen doskonały, nawet z głową nisko umieszczoną. W połowie r. 1927 ukazały się obrzęki kończyn dolnych. Wówczas widziałem chorego po raz pierwszy.

Stan jego przedstawiał się jak następuje: Chory silnej, prawidłowej budowy, dość otyły, wzrostu 168 cm, wagi 86 kg. Kościec i mięśnie dobrze rozwinięte, tkanka tłuszczowa podskórna dość obfita, zwłaszcza na brzuchu. Skóra i widoczne błony śluzowe różowe, z lekkim odcieniem sinawym. Gruczoły chłonne nie powiększone. Tarczyca zwykłych rozmiarów. Na kończynach dolnych, zwła-

szcza w okolicach kości piszczelowej i w okolicy krzyżowej, dość znaczny obrzęk. Na twarzy i na stopach obrzęku nie stwierdza się.

Narząd oddychania. Klatka piersiowa prawidłowo rozwinięta. Odgłos opukowy wszędzie jawny. Dolna granica płuc z tyłu na XI-em żebrze, ruchoma dość dobrze. Wysłuchowo oddech na całej przestrzeni pęcherzykowy, z wyjątkiem dolnej części prawego płuca, gdzie z tyłu wysłuchuje się nieliczne dźwięczne rzężenia drobnobańkowe.

Układ krążenia. Serce kształtu prawidłowego, lewa granica na lewej linji sutkowej, prawa na prawym brzegu mostka. Tony czyste, mocne. Drugi ton nad tętnicą główną dość dźwięczny. Tętno 100 na minutę, miarowe, dobrze wypełnione. Ciśnienie krwi 170/110. Naczynia obwodowe objawów miażdżycy nie wykazują.

Jama brzuszna. Brzuch duży, zwisający. Wątroba znacznie powiększona, dochodzi prawie do pępka, twarda, o gładkim brzegu, zupełnie nie bolesna na ucisk. Śledziona niemacalna. W jamie otrzewnowej stwierdza się objawy obecności nieznacznej ilości wolnego płynu.

Układ nerwowy: zmian chorobowych nie wykazuje.

Badanie moczu. Mocz przezroczysty, c. g. 1021, białka $7^0/_{00}$. Osad minimalny, zawierający jedynie pojedyńcze ciałka białe i nieliczne moczany bezpostaciowe. Wałeczków, ani krwinek czerwonych nie stwierdza się.

Badanie krwi na odczyn *Wassermanna* dało wynik ujemny.

Azot niebiałkowy w surowicy krwi: 40 mg w 100 cm^3.

Zdjęcie rentgenowskie potwierdziło w stosunku do serca wynik badania klinicznego.

Powiązanie stwierdzonych u chorego objawów w jedną całość natrafiało na znaczne trudności. Objawy chorobowe nie mogły zależeć od niedomogi serca, serce bowiem nie wykazywało oznak osłabienia swej czynności, powiększona wątroba i nerki nie miały cech zastoinowych, obrzęki nie wystąpiły, jak zwykle u chorych sercowych na stopach, lecz wyżej, na podudziu, pozostawiając stopy prawie wolne. Przeciwko sercowemu pochodzeniu obrzęków przemawiała również bezskuteczność przetworów naparstnicy i strofantyny, stosowanych w dużych dawkach we wszelkich możliwych sposobach ich podawania. Jeżeli zaś ująć sprawę z punktu widzenia nerek — nefroza — chory był czerwony, rumiany, pozornie dobrze wyglądał, nie miał obrzęku na twarzy, wykazywał duże ciśnienie krwi i nie reagował wcale na dietę bezsolną. Nie mniejsze trudności przedstawiało wyjaśnienie powiększenia wątroby. Kiły, któraby najlepiej mogła wytłumaczyć całokształt objawów, chory stanowczo nie przechodził, a wielokrotnie powtarzane badanie krwi stale dawało wynik ujemny.

Stosunkowo najprawdopodobniejsze wydaje się rozpoznanie zrostów osierdziowych, które przebiegały nietylko że bez żadnych objawów klinicznych, ale nie uwidoczniały się nawet na zdjęciu rentgenowskiem. Zrosty te, w okolicy ujścia

dolnej żyły głównej, mogły utrudniać odpływ krwi z dolnej połowy ciała, spowodować zmiany, istniejące w wątrobie i nerkach i doprowadzić do obrzęków. Wobec tego, że nawet stosowana dożylnie strofantyna wcale nie wpływała na wielkość diurezy, że wszystkie środki moczopędne (eufillina, teacylon, mocznik, tyreoidyna i t. d.) działały bardzo słabo, a po kilku dniach stosowania przestawały działać zupełnie i doprowadzały przeważnie do mdłości i wymiotów, i że obrzęki pomimo ograniczenia ilości przyjmowanych płynów stale wzrastały, począłem wstrzykiwać choremu dożylnie Salyrgan. Po każdem wstrzyknięciu Salyrganu diureza dobowa, wynosząca przeciętnie około 500 cm^3 podnosiła się do 2,5—3,0 litrów. Chory znosił wstrzykiwania doskonale. Powtarzałem je co 3—4 dni, i udało się w ten sposób obrzęki, tak oporne na wszelkie dotychczasowe leczenie, całkowicie usunąć. W dniu wstrzyknięcia Salyrganu i dużej diurezy mocz zawierał zaledwie ślady białka, którego ilość na drugi dzień jednak znowu znacznie się powiększała, dochodząc czasem nawet do $9^0/_{00}$.

Chorego mam już pod swą opieką lekarską przeszło 1½ roku. Skłonność do obrzęków utrzymuje się przez cały czas bez zmiany. Nie chcąc wstrzykiwać Salyrganu bez przerwy przez tak długi czas, wypróbowałem wszystkie istniejące środki moczopędne i nasercowe. Próby te jednak zawodziły zupełnie, gdyż z chwilą odstawienia Salyrganu obrzęki powiększały się bardzo szybko, ukazywał się płyn w jamie otrzewnowej, a samopoczucie i stan ogólny ulegały jednocześnie znacznemu pogorszeniu. Salyrgan natomiast nie zawiódł dotychczas ani razu. Efekt jego działania od pierwszej chwili nie osłabł i diureza po każdem wstrzyknięciu stale wynosi około 2,5 litra, jak w dniu pierwszego wstrzyknięcia. Jest również godnem uwagi, że, pomimo dokonania już przeszło 100 wstrzykiwań i pomimo utrzymującego się stale dużego białkomoczu, ani razu nie wystąpiły żadne objawy szkodliwego działania ubocznego. Wyłącznie objawowo-moczopędne działanie Salyrganu przy zupełnym braku zadziałania na istotę sprawy chorobowej również przemawia przeciwko kiłowemu pochodzeniu cierpienia (Salyrgan jest przetworem rtęciowym).

Leczenie obrzęków u naszego chorego Salyrganem nasuwa z pozoru analogję do leczenia insuliną cukrzycy. Podobnie jak zastrzyknięcie insuliny usuwa chwilowo objawy cukrzycy, nie wpływając na samą sprawę chorobową, tak samo Salyrgan w naszym przypadku usuwa groźny objaw obrzęków, któreby szybko zgubiły chorego. Również i działanie Salyrganu okazuje się tak samo krótkotrwałe, jak insuliny, co zmusza do ciągłego powtarzania wstrzykiwań.

W ten sposób wyłącznie dzięki nieprzerywanemu stosowaniu Salyrganu udaje się nam utrzymać przy życiu i to w znośnym stanie tego tak ciężko chorego człowieka. Przypadek nasz dowodzi, jak wielce skuteczne może być leczenie objawowe Salyrganem nawet tych przewlekłych stanów obrzękowych, w których leczenie przyczynowe jest nie do przeprowadzenia.

PROF. DR. ERICH LESCHKE, Berlin W.

WIELOWEGETATYWNE ZABURZENIA REGULACJI.

(Referat według odczytu w Berlińskiem Towarzystwie Lekarskiem 6. III. 29).

UKŁAD wegetatywny reguluje cały szereg fizjologicznych stałych w ten sposób, że utrzymują się one na określonym poziomie. Dotyczy to np. ciepłoty, wagi ciała, gospodarki wodnej, przemiany materji, ciśnienia krwi i składu chemicznego krwi. Zdolność regulacyjna tłumaczy nam możność przystosowywania się ustroju do zwiększania lub zmniejszania potrzeb np. w wytwarzaniu ciepła, wydzielaniu insuliny i adrenaliny, regulacji oddechu, krążenia i t. p. Również i tryb życia (głód, pragnienie, czynności płciowe, praca, potrzeba snu) przedstawia psychiczny objaw towarzyszący regulacji wegetatywnej. Cechą chorobowego zaburzenia regulacji jest zmiana poziomu fizjologicznego i równowagi przemiany materji. W doświadczeniach na zwierzętach udaje się przez uszkodzenie międzymóżdża wywołać różne zaburzenia regulacyjne, które również i w tych warunkach występują częstokroć pod postacią wielowegetatywnych zaburzeń gospodarki wodnej i przemiany materji białkowej, tłuszczowej i węglowodanowej, wytwarzania ciepła i t. p.

Jako przykłady kliniczne zaburzeń wielowegetatywnych można przytoczyć przedewszystkiem chorobę cukrową i otłuszczenie. Przy chorobie cukrowej stwierdzamy zaburzenia gospodarki wodnej i mineralnej, nadmierne wydalanie wody, zmniejszenie zdolności koncentracyjnej, stężenie krwi, wahania wagi, wysychanie tkanek, następnie zmniejszenie się ilości chlorków w moczu i krwi wskutek zatrzymania chloru, które mają również i znaczenie praktyczne dla oceny stanu przemiany materji i przedstawiają prognostycznie zwiastuna zbliżającej się śpiączki. Zaburzenia regulacji ciśnienia krwi doprowadzają często do nadciśnienia. 25% chorych na chorobę cukrową w wieku ponad 40 lat ma zwiększone ciśnienie tętnicze, według *Maranona* zaś nawet 46%. Jednoczesne wystąpienie dwuch tak przeciwnych zaburzeń przemiany materji, jak cukrzyca i otyłość, polega również na zaburzeniu wielowegetatywnem. Międzymóżdże reguluje zawartość tłuszczu i lipoidów we krwi. Conajmniej 2/3 przypadków ciężkiej cukrzycy wykazuje lipemję 100—300 mg%, dochodzącą czasami w przypadkach krańcowych nawet do 650 mg%. Zwiększenie ilości tłuszczów obojętnych jest nawet częstszem niż zwiększenie ilości cholesteryny, która również może osiągnąć poziom 200—400 mg%. Regulacja poziomu cukru, tłuszczu i cholesteryny we krwi częstokroć łączy się wzajemnie, zasadniczo jednak jest całkowicie niezależną.

Otłuszczenie konstytucjonalne polega na zaburzeniu regulacji, które zarówno zwiększa bezpośrednio odkładanie się tłuszczu, jak i przez wzmożenie wydzielania insuliny sprzyja pośrednio magazynowaniu cukru i nagromadzaniu się tłuszczu w tkankach. Wytwarzanie insuliny wzmaga się na drodze podrażnienia nerwu błędnego. Zwiększona pobudliwość nerwu błędnego przejawia się w przy-

padkach otłuszczenia również i w wolnem tętnie, niskiem ciśnieniu krwi, wzmożonem wydzielaniu potu, małym odczynie adrenalinowym, skłonności do zapaści. Inne zaburzenia wielowegetatywne przejawiają się w gospodarce wodnej pod postacią wielomoczu, zatrzymania wody (zwłaszcza po obciążeniu solą) i wahań wagi ciała, następnie w trybie życia i stanie uczuć (odpowiedni nastrój, potrzeba snu, osłabienie czynności płciowej, zmniejszenie zdolności do pracy i t. p.). Wielowegetatywne zaburzenia zdarzają się następnie często przy chorobach międzymóżdża i jego otoczenia, np. przy akromegalji, zwyrodnieniu tłuszczowo-płciowem, guzach podstawy mózgu, zapaleniu opon mózgowych na podstawie czaszki, stwardnieniu wieloogniskowem, a zwłaszcza w związku z napadami udaru mózgowego, padaczki, migreny oraz przy nagminnem zapaleniu mózgu. Do ujęcia konstytucji psychofizycznej należy poza ustaleniem wzoru wewnątrzwydzielniczego również i ocena stanu wegetatywnego. Częste występowanie zaburzeń wielowegetatywnych całości układu roślinnego odpowiada podstawowej zasadzie czynności wegetatywnych, według której każde pobudzenie i w związku z tem również i każde uszkodzenie okazuje skłonność do rozszerzania się na jaknajdalsze odcinki układu wegetatywnego.

Doc. dr. PAWEŁ SAXL i dr. OTTO ERLSBACHER. Z pierwszej Uniwersyteckiej Kliniki Lekarskiej. Wiedeń.

O WZMACNIANIU DIUREZY PO NOVASUROLU LUB SALYRGANIE PRZEZ CHLOREK AMONU.

(Referat według Wien. Klin. Wo. 1929. Nr. 2).

SAXL i *ERLSBACHER* sprawdzali od pewnego czasu zaproponowane przez badaczy amerykańskich zwiększenie działania moczopędnego Novasurolu wzgl. Salyrganu przez jednoczesne podawanie salmiaku. *Saxl* doniósł już niedawno o pomyślnem działaniu tego połączenia leków, zwrócił jednak jednocześnie uwagę na to, że chorzy znoszą salmiak przeważnie bardzo źle. Z tego względu zastąpiono wreszcie salmiak przez Mixtura solvens i to według następującego przepisu:

Rp.

Ammon. chlorat. puriss.	8,0
Succus liquir.	6,0
Aquae fontis ad	100,0

S. Pięć razy dziennie po 1 łyżce stołowej po jedzeniu w niewielkiej ilości wody mineralnej.

W tej postaci chorzy znoszą chlorek amonu bardzo dobrze. W poszczególnych przypadkach chorzy po kilkudniowem przyjmowaniu tej mikstury skarżyli się jednak na biegunki i brak łaknienia, tak że należało to leczenie na kilka dni przerwać. Zaleca się przeto nie podawać lekarstwa w sposób nieprzerwany, lecz zarządzać stale 1 — 2 dniowe przerwy, a następnie podawać

je znowu przez 2 — 5 dni. Ciężko chorzy przyjmują jednak lek niechętnie ze względu na jego swoisty mdły smak.

Badania nad działaniem moczopędnem dotyczyły chorych z niewyrównanemi wadami serca i marskością wątroby z wodobrzuszem. U każdego chorego zawsze obliczano, w jaki sposób działa sam Salyrgan i w jaki sposób działa przy jednoczesnem podawaniu salmiaku. Ilość podawanej wody i sposób leczenia serca pozostawały podczas doświadczeń bez zmiany. Z dokładnie w ściśle jednakowych warunkach przeprowadzonych doświadczeń autorzy wyciągają następujące wnioski:

1). Doustne podawanie salmiaku zwiększa działanie pozajelitowo stosowanego Salyrganu o 20 — 100%. Chorzy oporni na działanie Salyrganu mogą pod wpływem salmiaku zareagować na działanie Salyrganu. Poprawa gospodarki wodnej przejawia się również i w pomyślnym wpływie na krążenie ogólne. Ilość wstrzykiwań Salyrganu można było czasem przy tem kombinowanem leczeniu zmniejszyć.

2). Mixtura solvens, którą należy podać w dniu przed wstrzyknięciem i w dniu wstrzyknięcia, powinna zawierać 8 g salmiaku. Jedynie w ciężkich przypadkach podawano salmiak w ciągu 2—5 dni przed wstrzyknięciem i w dniu wstrzyknięcia. Podawanie salmiaku po zastrzyku nie jest w stanie przeciwdziałać zatrzymywaniu się wody. Z tego względu należy po zastrzyku zarządzić 1 — 2 dniową przerwę w podawaniu salmiaku.

3). Wynik tego kombinowanego leczenia zależy od ilości salmiaku. Im większą jest dawka salmiaku, tem silniejsze jest działanie moczopędne. Salmiak sam przez się żadnego wpływu moczopędnego nie wywiera i działania innych środków diuretycznych nie potęguje. Działanie salmiaku należy ujmować jako działanie kwasu, powodującego zmniejszenie zasobu zasad. Podawanie sody powinno diurezę posalyrganową hamować. Chorzy z niewyrównaną niedomogą serca zawsze zresztą znoszą zakwaszanie bardzo dobrze.

Kontrola doniesień badaczy amerykańskich dokonana przez *Saxla* wykazała więc, że kombinacja doustnego podawania salmiaku z dożylnemi lub domięśniowemi wstrzykiwaniami Salyrganu przedstawia znaczne wzmożenie dotychczas znanego moczopędnego działania związków rtęciowych.

DR. HERMANN ADLER, Bistrita.

O TRYPAFLAVINIE.

(Referat według Romania medicala. 1928. Nr. 4).

ZACHĘCONY pomyślnemi wynikami otrzymanemi przy leczeniu Rivanolem rzeżączki i związanych z nią często zapaleń pęcherza moczowego, autor przystąpił do badań nad działaniem na rzeżączkę nadającego się do wstrzykiwań dożylnych preparatu akrydynowego Trypaflaviny. Wyniki okazały się bardzo pomyśl-

ne. W przypadkach ostrej rzeżączki, które wykazywały skłonność do powikłań, *Adler* odrazu rozpoczynał leczenie od wstrzykiwań Trypaflaviny i stwierdził, że wyciek zmniejszył się szybko, gonokoki powoli znikały i udawało się osiągnąć całkowite wyleczenie w ciągu 4 — 5 tygodni. W przypadkach rzeżączki przewlekłej autor obserwował pomyślny wpływ na współistniejące zwykle zapalenie pęcherza, tak że obecnie stosuje on Trypaflavinę również i przy zapaleniach pęcherza pochodzenia niegonokokowego.

Na szczególną uwagę zasługuje poniżej przytoczony przypadek ciężkiego uszkodzenia pęcherza moczowego podczas połogu z ciężkiemi objawami septycznemi.

Sprawa dotyczyła 32-letniej kobiety, pierwiastki z wąską miednicą. Czas trwania porodu 34 godziny, dziecko przychodzi na świat w stanie zapaści. Pęknięcie krocza 2-go stopnia. Zaraz po porodzie gorączka i dreszcze oraz bóle w okolicy pęcherza moczowego. Incontinentia urinae, ciepłota do 40,6°. Mocz o przykrym zapachu, mętny z strzępami zgorzelinowemi. Ze względu na częste dreszcze i utrzymywanie się gorączki na wysokim poziomie rokowanie wydaje się wątpliwem. Leczenie: Trypaflavina dożylnie, miejscowo zaś przepłukiwanie pęcherza Rivanolem w rozczynie 1:2000. Po 3 dniach mocz oczyszcza się nieco, niemożność utrzymania moczu trwa jednak nadal; bóle w pęcherzu łagodniejsze. W ciągu 14 dni wstrzykuje się dożylnie stale 2 razy dziennie Trypaflavinę i raz dziennie przepłukuje się pęcherz moczowy Rivanolem. Ciepłota opada stopniowo do normy. Dreszcze już się nie powtarzają. Stan ogólny poprawia się znacznie. Od tej chwili wstrzykiwano 5 cm^3 2%-owej Trypaflaviny już co drugi dzień. Po upływie 3 tygodni pacjentka może opuścić łóżko. Zaburzenia pęcherzowe minęły, nie pozostawiając najmniejszego nawet śladu.

Według *Adlera* niezwykle pomyślny przebieg choroby zależał w tym przypadku wyłącznie od stosowania Trypaflaviny, która może nawet uratowała życie chorej.

DR. M. RODECURT. Z kliniki chorób kobiecych i szkoły położnych w Karlsruhe.

VIGANTOL I ULTRAPRZESĄCZALNY WAPŃ ORAZ KILKA TYMCZASOWYCH DONIESIEŃ KAZUISTYCZNYCH O STOSOWANIU VIGANTOLU W GINEKOLOGJI.

(Referat według Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, 1929, Tom XCIV, zeszyt 3).

W przypadkach hyperemesis i eklampsia gravidarum zawartość ultraprzesączalnego wapnia w surowicy krwi okazuje się zmniejszoną. Według badań *Rodecurta* stwierdza się podczas ciąży zmniejszenie poziomu wapnia również i w płynach tkankowych. Samo podawanie wapnia w celu zwiększenia jego niedostatecznej ilości przeważnie nie wystarcza. Ze względu na to, że Vigantolowi przypisuje się wpływ na zdolność wchłaniania i wykorzystania wapnia zawartego w pożywieniu, *Rodecurt* usiłował wpłynąć na zaburzenie przemiany wapniowej przez podawanie Vigantolu i wapnia. Już przy stosowaniu samego Vigantolu udało się w 5 na 6 przypadków osiągnąć zwiększenie poziomu wapnia, w szó-

stym zaś przypadku nastąpiło obniżenie poziomu wapnia. Przy jednoczesnem stosowaniu Vigantolu i wapnia poziom wapnia w surowicy wzrasta jeszcze bardziej, niż przy podawaniu samego Vigantolu. Badanie płynu tkankowego u dwuch kobiet otrzymanego z pęcherza powstałego pod wpływem plastra kantarydynowego, wykazało, że również i ilość wapnia tkankowego wzrasta, prawdopodobnie w stopniu znaczniejszym, niż przy leczeniu wyłącznie wapniowem. Może się zdarzyć, jak to miało miejsce w przypadku szóstym, że poziom wapnia w surowicy ulega nawet obniżeniu i to przy jednoczesnem podawaniu wapnia i Vigantolu w stopniu nawet silniejszym, niż przy dowozie samego wapnia. To obniżenie wapnia w surowicy zależy jednak według zdania *Rodecurta* od wzmożonego odkładania wapnia w tkankach.

Po dokonaniu tych badań wstępnych autor przystąpił do stosowania Vigantolu w przypadkach chorób ginekologicznych. Liczba spostrzeżeń o znaczeniu praktycznem jest jeszcze zbyt małą i nie wystarcza dla wyciągnięcia bardziej stanowczych wniosków. W przypadkach wymiotów lekkich i średniociężkich u ciężarnych — spostrzeżenia dotyczą dotychczas 5 chorych — Vigantol nawet bez wapnia stale usuwał mdłości i wymioty. W ciągu 2 — 3 tygodni osiągano wzrost wagi do 4,5 kilo, Vigantol bowiem znacznie poprawiał łaknienie. Dwa średniociężkie przypadki leczono skutecznie zapomocą naświetlań całego ciała sztucznem słońcem górskiem. Podczas gdy przy hyperemesis gravidarum udawało się osiągnąć wyniki bardzo pomyślne, Vigantol, również i w połączeniu z żelazem, zawodził zupełnie w przypadkach wtórnej niedokrwistości. Zasługujące na uwagę wyniki otrzymywano natomiast przy krwawieniach, jak tego dowodzą poniższe krótkie opisy:

1). Krwawienie klimakteryczne: skrobanka, kastracja rentgenowska przed rokiem, rad przed dwoma miesiącami, ergotamina bez wyniku. Vigantol zaś działa szybko, a poza tem wpływa dodatnio na łaknienie i wagę ciała.

2). Średniociężkie krwawienie z powodu raka szyjki macicznej: szybkie ustąpienie krwawienia pod wpływem Vigantolu (3 drażetki dziennie).

3). Krwawienie przekwitowe od 3 tygodni: po Vigantolu krwawienie ustaje, po odstawieniu Vigantolu odnawia się, pod wpływem Vigantolu (3 drażetki dziennie) ustaje wreszcie zupełnie.

4). 24-letnia pacjentka. Obfite krwawienia miesięczne. Leczenie hormonalne bez skutku. Vigantol w ciągu 6 dni: również bez wyniku.

5). 40-letnia pacjentka. Obfite i częste krwawienia maciczne. Po Vigantolu perjod (dotychczas 1 raz) prawidłowy i w swojej porze.

6). Średniociężkie krwawienie z powodu raka macicy. Pod wpływem Vigantolu krwawienie szybko ustaje, po odstawieniu znowu krwawienie, które powrót do Vigantolu powtórnie uśmierza.

7). Krwawienie przekwitowe: bez wyniku.

8). Krwawienie przekwitowe: bezpośredniego wyniku nie stwierdza się.

9). Silne krwawienie z mięśniaków: znaczne zmniejszenie się krwawienia pod wpływem Vigantolu.

W przypadkach konstytucjonalnych upławów u pacjentek astenicznych osiągał *Rodecurt* kilka razy przy pomocy Vigantolu pewne wyniki dodatnie. Następnie

niektóre pacjentki zwracały uwagę na poprawę, pod wpływem Vigantolu, samopoczucia, poprawę stanu ogólnego i łaknienia przy ropnych zapaleniach jajowodów, artropatji klimakterycznej i różnych innych stanach chorobowych. Badania *Rodecurta* wykazały więc, że Vigantol wpływa korzystnie również i na wapniową przemianę materji kobiet ciężarnych i że w przypadkach hypocalcemji Vigantol zawsze był w stanie spotęgować działanie leczenia wapniowego. Autor zaleca wobec tego, aby wzmagać skuteczność wszelkiej terapji wapniowej przez podawanie Vigantolu, działającego tu na podobieństwo katalizatora. Przy niepowstrzymanych wymiotach ciężarnych Vigantol działał dotychczas zawsze pomyślnie, pytanie zaś, czy działa on dodatnio również i przy konstytucjonalnych upławach kobiet astenicznych i przy pewnych postaciach krwawień macicznych, mogą rozstrzygnąć dopiero dalsze badania.

O ZAPALENIACH SPOJÓWEK.

Według podręcznika okulistyki TH. AXENFELDA.

DWIE trzecie wszystkich zapaleń spojówek są pochodzenia zakaźnego. Określenie obrazu chorobowego odbywa się jednak na podstawie danych klinicznych, a nie bakterjologicznych (Conjunctivitis simplex (catarrhalis acuta, chronica — pseudo membranacea (crouposa, diphtherica - blennorrhoica - granulosa (trachoma) - folliculosa). Chociaż dla lekarza-praktyka obraz kliniczny jest istotnie miarodajny, to jednak badanie bakterjologiczne wydzieliny może przez dostarczenie cennych danych doskonale uzupełnić badanie kliniczne. Pomimo, że zadaniem lekarza praktyka nie może być bliższe wgłębianie się w specjalne dziedziny oftalmologji, to może on jednak z łatwością nauczyć się wykrywania drobnoustrojów wywołujących zapalenie spojówek, podobnie jak to się np. dzieje przy zwykłem badaniu ropy rzeżączkowej metodą *Grama.* Metoda *Grama* umożliwia lekarzowi ścisłe ustalenie rozpoznania w przypadkach epidemji lub ciężkich schorzeń, gdy nie jest on w stanie wysłać pacjenta do kliniki. W najgorszym wypadku jest on zawsze w stanie przesłać roztartą na szkiełku przedmiotowem wydzielinę dla bliższego zbadania do kliniki ocznej lub zakładu bakterjologicznego.

Wydzielinę należy pobrać podczas narastania choroby, lub na jej szczycie. Przy ustępowaniu objawów zarazki chorobotwórcze szybko giną i nie można już stwierdzić ich z dostateczną pewnością, występują natomiast masowo zwykłe saprofity, jak np. gronkowce i prątki kserozy. Następnie należy zwracać uwagę, aby pobrać ropę i śluz lub nabłonek, a nietylko wydzielinę łzową. Najlepiej pobierać materjał do badania ze spojówki, a nie z kąta powiek lub ich brzegu. Jeżeli jednak na spojówkach wydzieliny niema, to należy korzystać ze śluzu zebranego w wewnętrznym kącie powiek. Najlepszym okazuje się przeważnie rozmaz pochodzący z nabłonka spojówki gałkowej.

Badanie metodą *Grama* dokonywa się w sposób następujący:

Materjał do badania rozciera się cienko na szkiełku przedmiotowem, suszy na powietrzu i przeciąga trzy razy przez płomień. Następnie zabarwia się wodą anilinową i fioletem goryczkowym. (Rozczyn do barwienia przygotowujemy w ten sposób, że wstrząsamy w próbówce dostateczną ilość olejku anilinowego z 15—20 cm^3 wody przekroplonej, przesączamy do drugiej próbówki i dodajemy niewielką ilość fioletu goryczkowego. Po starannem skłóceniu rozczyn jest gotowy do użytku. Największą siłę barwienia posiada on na drugi dzień a w zamkniętej buteleczce jest zdatny do użytku na przeciąg 2—4 tygodni. Takie same własności posiada trwalszy, karbolowy fiolet goryczkowy, który przygotowuje się przez połączenie 10 części stężonego alkoholowego rozczynu fioletu goryczkowego z 90 częściami 2½%-owego rozczynu fenolu). Barwienie trwa 1—2 minut, następnie barwnik zlewa się i nawarstwia na preparat rozczyn Lugola (Jodi 1,0, Kali jodati 2,0, Aq. dest. 300,0). Następnie znowu zlewa się i spłukuje tak długo 96%-owym alkoholem, aż niebieskie zabarwienie zginie zupełnie. Potem spłukuje się alkohol wodą i zabarwia przez 1 minutę wodnym rozczynem fuksyny, poczem ostatecznie spłukuje się i wysusza. Przy badaniu pod olejkiem imersyjnym drobnoustroje gramoujemne cechują się zabarwieniem czerwonem, straciły one bowiem pod wpływem alkoholu swoje początkowe zabarwienie niebieskie, podczas gdy drobnoustroje gramododatnie zachowują trwałe swe zabarwienie niebieskie. Gramododatnie są między innemi: gronkowiec i paciorkowiec ropotwórczy, pneumokok, prątek błonicy i wąglika; gramoujemne: gonokok, meningokok, prątek durowy, Friedländera, grypy, cholery.

Poniżej omówimy, wymieniając jedynie zasadnicze cechy, te poszczególne postacie chorób spojówek, które mogą zainteresować lekarza praktyka.

Conjunctivitis simplex acuta.

Klinika: swędzenie, uczucie gorąca, światłowstręt. Łzawienie. Wydzielina śluzowa. Rozlane zaczerwienienie. Czas trwania choroby: dnie do tygodni.
Etjologja: prątki Koch-Weeka, pneumokoki. (Sny, gorączka sienna, nieżyt niegonokokowy u noworodków).
Rokowanie: naogół pomyślne. Zapalenie spojówek wywołane przez pneumokoki przebiega łagodniej, niż wywołane przez prątki Koch-Weeka.
Leczenie: przemywanie 1—2% kwasem bornym lub Hg oxycyanat. 1:3000. Przeciw bólom zimne okłady i znieczulanie zapomocą 2% kokainy, 1—2% $AgNO_3$; często wystarcza jednorazowe zastosowanie; zamiast tego również i Protargol. Leczenie następcze 1/5—1/2% Zincum sulfuricum lub 2—4% Natrium biboracicum; przeciw grudkom ałun lub ołówek miedziowy.

Conjunctivitis simplex chronica.

Klinika: silniejsze dolegliwości podmiotowe, zaczerwienienie. Rzadziej zgrubienie spojówek. Obrzęk gruczołów *Meiboma*. Często wytwarzanie się grudek w załamkach przejściowych.
Etjologja: podwójne prątki *Morax-Axenfelda*, podrażnienie fizyczno-chemiczne.
Rokowanie: Częste powikłania, nacieczenie i owrzodzenie rogówki; przy cierpieniu długotrwającem częsta poprawa, lecz nie wyleczenie.
Leczenie: ½%-owy siarczan cynku jako najlepszy środek przeciw podwójnym prątkom, conajmniej przez 6 tygodni; dopiero gdy Zincum sulphuricum zawodzi, próby z 1%-owym $AgNO_3$; przy postaciach suchych — C. sicca — Ag nie jest wskazane. Czasami powodzenie dzięki stosowaniu ałunu lub masażom z waty z sublimatem 1 : 2000. Dla leczenia domowego: Cynk, rezorcyna ¼ — ½%, Natrium biboracicum, Collyrium adstringens, chłodne okłady. Kokainy należy unikać. Suprarenin dla zblednięcia spojówek. W praktyce zamożnej leczenie zaburzeń konstytucjonalnych.



Fig. 1.

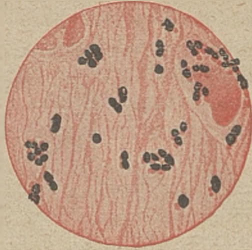


Fig. 2.

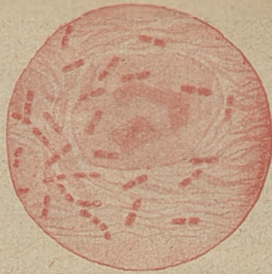


Fig. 3.

Fig. 1. Rozmaz wydzieliny pochodzącej z przypadku Conjunctivitis simplex acuta z prątkami Koch-Weeka. Bardzo cienkie, gramoujemne (zabarwione na czerwono) prątki.

Fig. 2. Rozmaz wydzieliny pochodzącej z przypadku Conjunctivitis simplex acuta z pneumokokami. Gramododatnie (niebieskie), częściowo wyraźnie podłużne (lancetowate) dwoinki.

Fig. 3. Rozmaz wydzieliny pochodzącej z przypadku Conjunctivitis chronica z prątkami podwójnemi. Duże gramoujemne (czerwone) prątki podwójne, częściowo ułożone w postaci krótkich łańcuszków.

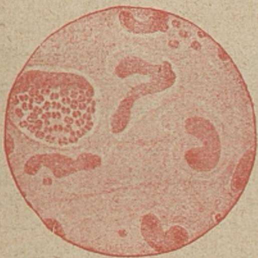


Fig. 4.

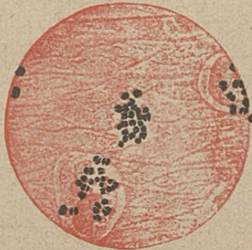


Fig. 5.



Fig. 6.

Fig. 4. Typowe gonokoki w przypadku rzeżączki spojówek: gramoujemne (czerwono zabarwione) ziarenkowce o postaci bułek.

Fig. 5. Gronkowce gramododatnie (niebieskie).

Fig. 6. Prątki kserozy (niebiesko zabarwione metodą Grama).

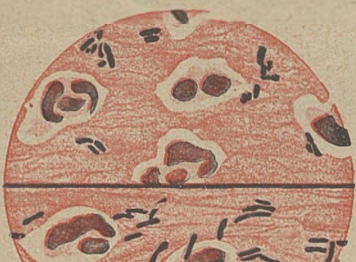


Fig. 7.

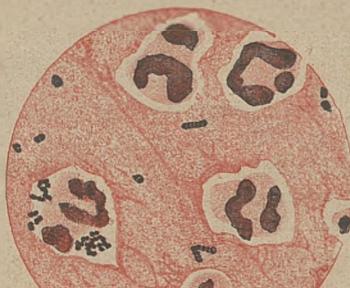


Fig. 8.

Fig. 7. Prątki błonicy w wydzielinie pochodzącej z przypadku Conj. pseudomembranosa. Na górze krótkie postacie i pojedyncze łańcuszki; na dole prątki podłużne.

Fig. 8. Paciorkowce w wydzielinie pochodzącej z przypadku Conj. pseudomembranosa.

Conjunctivitis blennorrhoica.

Klinika: silny obrzęk; zaczerwienienie; wydzielina początkowo koloru wina, poczynając od trzeciego dnia podobna do śmietany, ropna; przerost brodawek; straszne bóle; zropienie rogówki, przedziurawienie, uszkodzenie soczewki i ciałka szklistego.
Etjologja: gonokoki, o wiele rzadziej prątki okrężnicy, pneumokoki, ziarenkowce, prątki *Koch-Weeka*.
Rokowanie: przy zapaleniu rzeżączkowem bardzo poważne, u noworodków lepsze niż u dorosłych; przy ropnem zapaleniu niegonokokowem lepsze.
Zapobieganie: Maść Crédé z 1% $AgNO_3$, 1% octan srebra, 5% Sophol, 10% Protargol. Pouczenie dla położnych: ochrona oczu odpowiedniemi szczelnie przylegającemi szkłami.
Leczenie: najwłaściwsze leczenie w klinice; co 1—2 godziny przemywanie ropy 2%-owym kwasem bornym, kalium hypermanganicum lub Hg oxycyanatum 1 : 3000. Unikać dotykania rogówki. Przemyć raz również i w nocy. Przeciwko gonokokom $AgNO_3$ 1—2% codziennie. Żadnych przypalań. Dopóki wydzielina pozostaje „koloru wina" nie stosować Ag; można natomiast stosować Protargol. 10—20%-owe rozczyny przerywają czasem w sposób poronny rozwijające się zapalenie ropne. Można próbować leczenia ogólnego przetworami białkowemi.

Conjunctivitis pseudomembranacea.

Klinika: szaro-żółte i białawe błony. Silne zagrożenie rogówki. Rozpoznanie różniczkowe: oparzenie, wypalenie gryzącym płynem, ospa, pęcherzyca, rumień wysiękowy wielopostaciowy.
Rokowanie: pomyślne przy postaci powierzchownej: C. cruposa; poważniejsze przy postaci głębokiej: C. diphtherica; ostatnio znacznie lepsze dzięki stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej.
Etjologja: prątki błonicy i paciorkowce.
Leczenie: natychmiast surowica przeciwbłonicza podskórnie, bez oczekiwania na wynik badania. Przy zakażeniach paciorkowcowych surowica przeciwpaciorkowcowa, zastrzyki mleka. Miejscowo letnie okłady; nie stosować lodu ani środków żrących, ani $AgNO_3$; dozwolony natomiast 1 — 2% Protargol. Najlepsze leczenie w klinice; ochrona zdrowego oka.

Conjunctivitis phlyctaenulosa.

Klinika: na brzegu phlyctaena, owrzodzenie, wiązki naczyniowe, powstawanie łuszczki, światłowstręt, blepharospasmus.
Etjologja: gruźlica, skaza wysiękowa.
Rokowanie: Bardzo poważne, wyleczenie jednak możliwe.
Leczenie: dotykanie powiek 2% $HgNO_3$, żółta maść. W razie obecności prątków podwójnych — siarczan cynku; przy phlyctaenach i naczyniowem zapaleniu rogówki codzienne wdmuchiwanie kalomelu lub 1 — 2% żółta maść: przy zapaleniu rogówki atropina, przy grożącem pęknięciu obwodowego owrzodzenia fizostygmina; przeciwko skurczowi powiek pogrążenie do zimnej wody lub podskórne wstrzykiwania Novacain-Suprareniny. Leczenie ogólne: mleko, tran, wapń, słońce górskie, kąpiele słone. W przypadkach bardzo uporczywych ostrożne leczenie małemi dawkami tuberkuliny.

Conjunctivitis granulosa (Trachoma).

Klinika: przebieg przewlekły, dolegliwości nieżytowe. Zwisanie powiek przy zgrubieniu tarczki. Powstawanie grudek, następnie blizn ze znacznem ściąganiem; przy nieleczeniu pannus trachomatosus i owrzodzenia na rogówce. Wydzielina lepka. Rozpoznanie różniczkowe często dość trudne, wykazanie bowiem ciałek jagliczych *Prowaczka* w złuszczonych nabłonkach spojówki nie zawsze się udaje.

Etjologja: zakaźny jad. Szczegóły nieznane.
Rokowanie: niepewne ze względu na skłonność do nawrotów.
Leczenie: usuwanie jagieł przez wyciskanie. Okłady z kwasu bornego lub Ag oxycyanat. 1 : 3000. $AgNO_3$ — $CuSO_4$. Masaż z waty z sublimatem lub Hg oxycyanat. 1 : 1000.

Conjunctivitis vernalis.

Klinika: mleczny blask biało-niebieski, plamy podobne do kamieni brukowych, głęboko zmętnione; światłowstręt, łzawienie. Występowanie na wiosnę: nieżyt wiosenny.
Etjologja: allergja?
Leczenie: szkła ochronne, zimne okłady, Suprarenina. Słabe środki ściągające.

DR. ERICH LANGER, Oddział chorób skórnych w szpitalu Berlin — Britz.

BRODAWKI I ICH LECZENIE.

(Referat według Die Med. Welt. 1929. Nr. 6).

BRODAWKI występują zwykle u dzieci i młodzieży, rzadziej po 30-ym roku życia. Mogą one jednak wytwarzać się nawet w wieku późniejszym. Co do ich powstawania panują jeszcze pewne wątpliwości. Wielu autorów uznaje tło zakaźne, chociaż dotychczas zarazka wywołującego nie udało się wykryć. Nieograniczona możność zakażania się z pewnością nie wchodzi tu jednak w rachubę, gdyż nie każdy stykający się z osobnikiem dotkniętym brodawkami, brodawki te dostaje. Z pewnością jest tu potrzebne pewne usposobienie. Inni autorzy odrzucają zakaźny powód powstawania brodawek ze względu na skuteczność leczenia na drodze sugestji i są zwolennikami teorji o psychicznem pochodzeniu brodawek.

Dla leczenia brodawek istnieją liczne środki. *Jadassohn* i inni zalecają pigułki rtęciowe, a mianowicie Hg jodatum flavum w postaci pigułek po 0,01 i 0,02 g, 3 razy dziennie po 1 pigułce; ogółem 60 — 90 pigułek. Poza tem zaleca *Jadassohn* również pigułki po 0,03 — 0,09 Hg oxydati flavi pro die. Podczas tej kuracji rtęciowej należy szczególnie dbać o stan jamy ustnej. Metoda ta daje jakoby doskonałe wyniki, czasem jednak zawodzi. O ile leczenie to okazuje się nie wystarczającem, to można, zwłaszcza przy brodawkach na twarzy, przystąpić do ich usunięcia operacyjnego, polegającego najlepiej na zamrożeniu brodawek chloretylem i wyskrobaniu ich ostrą łyżeczką. Dno po brodawce można przypalić środkami tamującemi krew (Ac. trichloraceticum lub Liquor ferri sesquichlorati). Z pośród sposobów żrących najlepiej nadaje się dotykanie kwasem trójchlorooctowym. Strup po przypaleniu odpada po 8 — 10 dniach. Ten sam wynik osiąga się stosując pendzlowanie kwasem salicylowym i mlecznym według przepisu: Rp. Acid. salicyl. 1,5; Acid. lactici 1,0. Collodii ad 25,0. S. Pendzlować dwa razy dziennie. Celowem jest jednak przeprowadzać to leczenie samemu, a nie oddawać go do rąk pacjenta. Przy korzystaniu z dymiącego kwasu

azotowego zaleca się ostrożność, niewiadomo bowiem, jak głęboko środek ten przeniknie, a poza tem powstające blizny okazują skłonność do wytwarzania keloidów. Dla leczenia brodawek na twarzy zaleca się najlepiej stosowanie: Rp. Acid. salicyl. 1,0; Acet. glacial. ad 10,0. Jeżeli rozchodzi się o twory mocno zrogowaciałe, zaleca się leczenie plastrem rozmiękczającym, jak np. 10 — 20% plaster z kwasu salicylowego lub plaster na brodawki *Beiersdorfa*. Dobre wyniki ma również dawać pendzlowanie brodawek rozczynem *Fowlera* i podawanie do wewnątrz atropiny (2 razy dziennie ¼ mg) w ciągu pierwszych 3 dni w tygodniu. Również i jednorazowe wstrzyknięcie do brodawki 1 — 1½ kresek Neosalvarsanu ma jakoby dobrze działać.

Z pośród metod fizykalnych należy wymienić leczenie Rentgenem, elektrolizą i elektrokoagulacją. Należy jednak być ostrożnym, aby stosując te sposoby leczenia, nie sprawić choremu większej szkody, niż ją przedstawiają same brodawki. Również i mezotor może czasami zadziałać szkodliwie, powodując zanik, przesunięcie barwnika i rozszerzenie naczyń. Elektrolizy *Langer* nie stosuje, zapomocą bowiem elektrokoagulacji osiąga się cel szybciej i łatwiej. W ciągu 1 — 2 posiedzeń można usunąć wszystkie brodawki. Oczywiście, że również i tę metodę można polecać jedynie lekarzowi dostatecznie doświadczonemu. Z pośród metod fizykalnych zalecano następnie jeszcze leczenie zamrażaniem dwutlenkiem węgla i leczenie zapomocą tak zwanych natrysków nitkowatych *(Noel)*. Inni autorzy będący zwolennikami poglądu o zakaźnem pochodzeniu brodawek, stosują szczepionkę przygotowaną z samych brodawek. Próbowano również leczyć brodawki wstrzykiwaniami mleka. W ciągu ostatnich lat coraz większą rolę odgrywa leczenie na drodze sugestji.

DR. H. O. van de PUTTE, jun. (Gandawa). Asystent Uniwersytetu.

KRZYWICA I ERGOSTERYNA.

(Referat według Vlaamsch Geneeskundig Tijdschrift.. 1928. Nr. 47).

DOBRE wyniki otrzymane w Niemczech przy pomocy naświetlanej ergosteryny (Vigantolu) zostały potwierdzone również i przez badania w innych krajach. *Van de Putte* osiągnął, stosując u krzywiczych niemowląt Vigantol, szybkie znikanie licznych objawów krzywiczych jak np. craniotabes, drgawki, pocenie, obrzęki stawów. Tkanka kostna rozwijała się prawidłowo, zęby przerzynały się w odpowiednim czasie, chód poprawiał się. W przypadkach długiego trwania choroby, kurza klatka piersiowa, skrzywienie kręgosłupa, skrzywienie nóg i t. d. pozostawały bez zmiany; jeżeli jednak leczenie rozpoczynano jeszcze w chwili, gdy zmiany te dopiero się wytwarzały, udawało się usunąć je całkowicie.

Na objaw towarzyszący krzywicy, mianowicie na niedokrwistość, Vigantol zdawał się nie wywierać wpływu. Być może, że powstawanie anemji krzywiczej należy przypisywać zaburzeniom czynnościowym śledziony. O przebiegu leczenia krzywicy Vigantolem informują następujące historje chorób:

H. C., 1 rok; częste drgawki, niedokrwistość, nie może się unosić, ma dopiero 2 zęby. Po jednomiesięcznem leczeniu dziecko, podpierając się, może chodzić; drgawki już się nie powtarzały.

S. M., 13 miesięcy, 10,500 g, niedokrwistość; obrzęknięty brzuch, grube pięści, wiotkość mięśni, 6 zębów. Po dwumiesięcznem stosowaniu Vigantolu dziecko samo biega, ma 12 zębów, napięte mięśnie, jest jednak jeszcze niedokrwiste.

H. G., 7 miesięcy, 13,350 g, częste drgawki. Po miesiącu przyjmowania Vigantolu 4 zęby, napięte mięśnie. Rodzice już zapomnieli o drgawkach.

C. H., 18 miesięcy, 13,350 g, blade, napęczniałe, ze wszystkiemi cechami krzywicy. Po miesięcznej kuracji Vigantolem waga pozostała bez zmiany, mięśnie jednak odzyskały napięcie; dziecko, które nie mogło chodzić, biega bez pomocy i zamiast 8 posiada już 18 zębów.

P. F., 7 miesięcy, 6,450 g, krzywicze dziecko, blade, kwadratowa głowa, skrzywienie kręgosłupa, kilka razy dziennie drgawki. Po 5 dniach przyjmowania Vigantolu drgawki ustąpiły, a po 3 miesiącach dziecko rumiane, zdrowe, ważące 8,400 g.

V. d. J., 1 rok, 7000 g, krzywicze dziecko z dużą głową, spuchniętym brzuchem, nabrzmiałemi stawami rąk; nie posiada wcale zębów i nie może się unieść o własnych siłach. Po 6 miesiącach leczenia Vigantolem dziecko chodzi samo, ma 8 zębów, a dalsze już się przerzynają.

T. M. 1 rok, 6,200 g, choruje stale na nieżyt oskrzeli, któremu sprzyja silnie zaznaczona kurza klatka piersiowa. Dziecko nie może się unosić. Po 3 miesiącach Vigantolu waga 7,700, nieżyt oskrzeli ustąpił, zniekształcenie klatki piersiowej nieco się zmniejszyło. Poza tem dziecko zaczyna chodzić i poprawiło się znacznie.

V. d. J., 8,700 g, blada dziewczynka z dużym brzuchem i wiotkiemi mięśniami; po 2 miesiącach mięśnie napięte, dziecko chodzi samo.

H., 15 miesięcy, 9,500 g, krzywicza dziewczynka ze zniekształconą głową i skrzywieniem kręgosłupa. Wcale nie ma zębów i stale leży; po 3 miesiącach leczenia Vigantolem chodzi doskonale, ma 12 zębów i jest prawie niedopoznania.

Doc. DR. JAKÓB RATNER. Instytut im. Bechterjewa w Leningradzie.

CZERWIE JELITOWE I ZABURZENIA WEGETATYWNO-WEWNĄTRZWYDZIELNICZE.

(Referat według Med. Klin. 1929. Nr. 6).

W 1925 r. *Ratner* opisał 3 chorych z różnemi zaburzeniami wewnątrzwydzielniczemi, które po usunięciu czerwi zupełnie ustąpiły. Szczególnie widoczną była ta współzależność u pewnej 34-letniej kobiety, która przedstawiała klasyczny obraz obrzęku śluzakowatego. Tyreoidyna doprowadziła do znacznej poprawy, po zaniechaniu jednak podawania jej wszystkie poprzednie objawy obrzęku śluzakowatego powróciły natychmiast. Po spożyciu borówek nastąpiło samoistne wydalenie tasiemca (Taenia solium). Po upływie 3 tygodni od chwili odejścia pasorzyta wszystkie objawy hipotyreozy zniknęły. Od 5 lat pacjentka jest zupełnie zdrowa.

Podobną współzależność między tarczycą a obecnością pasorzytów spostrzegali również i inni autorzy. Tak np. *Silbermann* podaje (W. Kl. Wo. 1928. Nr. 43): „w 23-im roku życia miała pacjentka — obecnie 46-letnia kobieta — tasiemca; szybko potem zapadła na chorobę Basedowa".

Za dowód, że nie mamy tu do czynienia z przypadkowem współistnieniem czerwi i choroby tarczycy, może posłużyć następujące spostrzeżenie:

K. M., 52 letnia kobieta z ciężką tyreotoksykozą. Po 2 latach poprawiła się całkowicie i była aż do 1914 roku zdrowa. Do r. 1927 stan przygnębienia, poniewolne wyobrażenia, brak objawów tarczycowych. Naświetlanie tarczycy sprawia znaczną poprawę. Przed rokiem ukazały się w stolcu człony tasiemca; stan przygnębienia ustępuje, rozwija się natomiast ciężka postać nadczynności tarczycy. Po niezupełnie zresztą udanem usunięciu tasiemca wszystkie objawy szybko giną.

Jako dalszy przyczynek do stosunku między nadczynnością tarczycy i czerwiami autor przytacza 2 następujące historje chorób:

1). 24-letnia kobieta cierpi od 3 lat na łagodną postać nawrotowego obłąkania. Tarczyca lekko nabrzmiała. Naświetlanie promieniami Rentgena ośrodków parahypophisarnych usunęło przejściowo stan przygnębienia, który jednak ciągle powracał. W szpitalu znaleziono przypadkowo w kale jaja bruzdogłowca. Po usunięciu pasorzyta intervallum lucidum trwało 5 miesięcy, zamiast poprzednich okresów poprawy, trwających zaledwie do 3 tygodni. Stan depresji był już bardzo słaby. Obecnie pacjentka jest już od 18 miesięcy „praktycznie zdrowa". Obrzmienie tarczycy, blask oczu i przyspieszenie tętna ustały zupełnie.
2). U pewnej, 26-letniej, o dysplastyczno-atletycznej konstytucji kobiety, pochodzącej z rodziny artretycznej, stwierdza się nadnerczowo-płciowo zespół objawów: wzrost wagi, znaczne upławy, zmniejszanie się perjodów, uwłosienie na linji białej i podbródka, drażliwość, przygnębiony nastrój, złe łaknienie. Po 16 miesiącach leczenia, prawie bezskutecznego, znaleziono w kale człony tasiemca. Chora schudła następnie o 15 kilo, perjody stały się znowu obfitsze, owłosienie twarzy i na brzuchu zniknęło. Po upływie jednak 14 miesięcy od chwili usunięcia tasiemca powraca poprzedni stan. W stolcu znaleziono tym razem jaja bruzdogłowca. Pasorzyta usunięto wraz z głową. Po 7 tygodniach wszystkie objawy chorobowe zniknęły.

DR. J. UCHIDA. Szpital dla dzieci w Yokohamie.

LECZENIE CHORÓB O TYPIE CZERWONKI ZAPOMOCĄ PRZEPŁUKIWANIA KISZEK RIVANOLEM.

(Referat według Chiryo Shimpo. 1929. Nr. 481).

MEDYCYNA wewnętrzna i pedjatrja mało korzystały dotychczas z Rivanolu. Dopiero badania *Petera* i *Urchsa* wykazały, jak wielce korzystnem może być stosowanie Rivanolu dla leczenia zapalnych chorób kiszek. W czwartym zeszycie Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, 1928, *Peter* opisuje pomyślne wyniki leczenia Rivanolem 38 chorych dotkniętych podzwrotnikową postacią czerwonki. Ponadto *Peter* leczył skutecznie Rivanolem jeszcze 12 chorych z ostremi i przewlekłemi nieżytami kiszek cienkich i grubych. Powyższe spostrzeżenia

skłoniły *Uchidę* do wypróbowania Rivanolu przedewszystkiem na samym sobie. Dolegliwości jego związane z ostrym nieżytem jelit ustąpiły pod wpływem Rivanolu bardzo szybko i od tego czasu *Uchida* stosuje stale przemywania Rivanolem przy wszystkich chorobach, przebiegających podobnie do czerwonki. Zakaźne nieżyty jelit zdarzały się w Yokohamie w ciągu ostatnich 4 miesięcy 1928 r. bardzo często. U wszystkich chorych stosowano wyłącznie rozczyn Rivanolu 1 : 5000. Wyniki okazały się następujące:

1). Próba na samym sobie. Bez żadnej uchwytnej przyczyny nagła silna biegunka, bóle w jamie brzusznej i parcie, znaczne osłabienie, bardzo złe samopoczucie, 39,1°, w ciągu 12 godzin 20 śluzowych wypróżnień, uporczywe wymioty. Przy pomocy rozczynu Rivanolu 1 : 5000 udaje się niespodziewanie osiągnąć w ciągu 5 dni zupełne wyleczenie.
2). Dziewczynka w wieku 2¾ lat. Początek choroby z dużą gorączką, biegunki, codziennie 10 śluzowo-krwawych wypróżnień; przywieziona w nocy do szpitala w stanie odurzenia. Po dokonaniu przepłukiwań kiszek rozczynem Rivanolu 1 : 5000 gorączka na 4-ty dzień opada do normy. Po dziewięciodniowem leczeniu dziecko wraca do zupełnego zdrowia.
3). Dziewczynka w wieku 1½ roku. Od 3 tygodni choruje na krwawo-śluzową biegunkę z nieznacznemi wzniesieniami ciepłoty i znaczną utratą wody. Już dwa przepłukania kiszek Rivanolem okazały się wystarczające dla osiągnięcia nadzwyczajnej poprawy tego przewlekłego nieżytu jelit i doprowadzenia w ciągu 5 dni wypróżnień do prawidłowego stanu.
4). 2½-letnie dziecko cierpiące na przewlekłą krwawo-śluzową biegunkę z niewielkiemi wzniesieniami ciepłoty. Pod wpływem przemywań kiszek Rivanolem i diety objawy chorobowe szybko znikają.
5). Dwuletnie dziecko z ostrem zatruciem pokarmowem; dziecko było już do tego stopnia wyczerpane, że pomimo pomyślnego zadziałania Rivanolu na stolec i ciepłotę, jednak zmarło.
6). 5-letnia dziewczynka z ostrym nieżytem jelit grubych i wysoką gorączką; już po dwukrotnem przepłukaniu jelit rozczynem Rivanolu stan ogólny się poprawia i ciepłota opada. Ostateczne wyleczenie po 10 dniach.
7). Podobnie jak przypadek szósty. Biegunka i gorączka ustępują. Stan ogólny po czterokrotnem przepłukaniu kiszek Rivanolem poprawia się i chora bez dalszego leczenia powraca szybko do zdrowia.
8). Dwuletnie dziecko. Przebieg jak w przypadkach 6 i 7-ym.
9). Jednoroczne dziecko z zatruciem pokarmowem i silną utratą wody; stan prawie śpiączki. Po 5 przepłukiwaniach Rivanolem objawy kiszkowe szybko się poprawiają, dziecko jednak wskutek krańcowej utraty wody umiera.

Na podstawie wyżej przytoczonych i całego szeregu innych spostrzeżeń, *Uchida* dochodzi do następujących wniosków:
1). Stosowanie rozczynu Rivanolu do przepłukiwań jelitowych jest postępowaniem bezwzględnie nieszkodliwem. Przy chorobach o objawach podobnych do czerwonki przepłukiwania kiszek Rivanolem działają prawie poronnie nawet w przypadkach przewlekłych. Stan wypróżnień zmienia się nadzwyczaj szybko, ilość ich prędko się zmniejsza.
2). Po 2 — 4-okrotnem zastosowaniu parcie i bóle w jamie brzusznej ustają.
3). Przedewszystkiem znika w stolcu domieszka krwi, a następnie śluz.
4). Wrażliwość uciskowa jamy brzusznej (stan kiszek grubych) szybko znika.
5). Przepłukiwania kiszek Rivanolem nie powodują najmniejszych nawet objawów ubocznych.

PROF. DR. HERRENSCHWAND, Innsbruk.

W SPRAWIE UŚMIERZANIA BÓLÓW PRZY CHOROBACH OCZU.

(Referat według Wien. med. Wschr. 1928. Nr. 1).

W przypadkach zapalnych chorób oczu leczenie miejscowe jest zwykle w stanie szybko złagodzić lub nawet uśmierzyć zupełnie istniejące bóle. Zdarzają się jednak dość często przypadki, zwłaszcza o przebiegu bardziej przewlekłym, przy których bóle są bardzo silne i trudno poddają się leczeniu. Przypadki takie dotyczą przedewszystkiem chorób rogówki z uszkodzeniem nabłonka i obnażeniem delikatnych zakończeń nerwowych, które przez stałe ruchy powiek ulegają szczególnie dużemu podrażnieniu. Nacieczenia zapalne w pobliżu zakończeń nerwowych mogą te bóle spotęgować jeszcze bardziej. Dążymy w takich przypadkach do uśmierzenia bólów zapomocą ciepłych okładów i łagodnych maści lub, jeżeli te sposoby leczenia zawodzą, zapomocą mocniejszej maści kokainowej. Działanie takiej maści jest jednak bardzo krótkotrwałe, a poza tem uszkadza ona przy dłuższem stosowaniu nabłonek rogówki; przetwory zaś zastępcze kokainy, stosowane w postaci maści, okazują działanie przeciwbólowe znacznie słabsze. W przypadkach dotyczących chorych bardziej wrażliwych, którzy szczególnie silnie nalegają na uśmierzenie dokuczających im bólów, sprawa ta może być dla lekarza bardzo przykrą. Poniżej omówione spostrzeżenia mają na celu wprowadzenie nowego sposobu leczenia takich przypadków.
Sprawa dotyczyła szczególnie bolesnych schorzeń rogówki, a mianowicie powtarzających się nadżerek, schorzeń o typie opryszczki i owrzodzeń na brzegu rogówki. Przy leczeniu tego rodzaju cierpień usunięcie bólu na drodze wewnętrznego podawania leków jest z wyżej przytoczonych powodów szczególnie pożądane. Otóż nadzwyczaj pomyślne wyniki osiągano podając chorym Gardan, połączenie Pyramidonu z Novalginą.

Jak wiadomo z piśmiennictwa, Gardan wywiera silne działanie przeciwbólowe w przypadkach dolegliwości reumatycznych, przy nerwobólach, przy parestezjach czynnościowych, przy bólach głowy i migrenie oraz przy zapaleniach stawów.

W przypadkach wyżej wspomnianych chorób rogówki podawanie Gardanu w dawce 3 razy dziennie po 0,5 g powodowało znaczne złagodzenie, a przeważnie nawet zupełne uśmierzanie bólu. Szczególnie pomyślnie wpływał Gardan na bóle w przypadkach opryszczki rogówki, tak że już w 15 minut po spożyciu pierwszej tabletki Gardanu bóle znikały całkowicie. Ze względu zaś na to, że ani razu nie spostrzegano podczas stosowania leku, nawet w większych dawkach, żadnych szkodliwych objawów działania ubocznego lub następczego, można śmiało w lecznictwie chorób oczu zalecać Gardan, jako doskonały środek przeciwbólowy.

J. FLIEDERBAUM (Warszawa) i L. KRASUSKA (Warszawa).

Z oddziału wewnętrznego Szpitala na Czystem. (Ordynator: Dr. G. LEWIN).

O SYNERGETYCZNEM DZIAŁANIU MOCZOPĘDNEM ZWIĄZKÓW RTĘCI I AMONU.

Referat podług Warsz. Czas. Lekarskiego Nr. 34.

DZIAŁANIE moczopędne rtęci znane było już za czasów alchemików. Wspomina o niem *Paracelsus*. Wpływ rtęci na znikanie obrzęków uległ jednak zapomnieniu, i dopiero w r. 1886 *Jendrassik* przypadkowo nanowo odkrywa owo działanie lecznicze.

Już przez podawanie *kalomelu* udaje się niejednokrotnie wywołać szybkie zniknięcie obrzęków i puchlin sercowego i wątrobowego (nietylko kiłowego) pochodzenia ze spadkiem wagi nieraz do 10 kg w ciągu kilku dni. Kalomel często jednak uszkadza nerki i wywołuje objawy zatrucia rtęcią.

Potężne działanie moczopędne, wolne od wpływów ubocznych, uzyskujemy dopiero stosując wprowadzony przez *Saxla* i *Heiliga* (Wien. Klin. Woch., 1920, 33) *Novasurol*, zalecany przez *Bluma* i *Schwaba* (Pr. Méd. 1925, 100), *Salyrgan*, *Neptal* i inne związki organiczne rtęci. Jak mogliśmy się niejednokrotnie przekonać, po jednem zastrzyknięciu dożylnem 2 — 3 cm^3 Novasurolu udawało się uzyskiwać nieraz ilość dobową moczu, równą 8 — 10 litrom. (Nieraz stosowanie i tych środków nie jest wolne od działań ubocznych, o czem napiszemy na innem miejscu.

Tak pomyślne działanie Novasurolu i inn. związków rtęci, jak przekonaliśmy się niejednokrotnie, stopniowo jednak wyczerpuje się i to w czasie, kiedy nie doszło jeszcze do całkowitego zniknięcia puchlin i obrzęków. Dla przykładu podajemy kilka obserwowanych przez nas przypadków:

1 przyp. *Zwyrodnienie mięśnia sercowego z objawami niedomogi sercowej* (zastoiny, obrzęki) u kobiety 58 lat. Po jednem zastrzyknięciu domięśniowem 1 cm^3 Salyrganu 2500 cm^3 moczu, po 2-iem — 1800 cm^3, po 3-iem — 1000 cm^3, po 4-em — 70 cm^3, po 5-em (zastrzyknięto 2 cm^3 Salygranu dożylnie) 50 cm^3. (Pauza między zastrzykiwaniami 5-dniowa). Obrzęki i puchliny znaczne.

1 przyp. *Zwyrodnienie mięśnia sercowego z objawami niedomogi sercowej* (zastoiny, obrzębiety 50 lat. Po 1-szem zastrzyknięciu dożylnem 1 cm^3 Salyrganu — 2800 cm^3 moczu w ciągu doby, po 2-iem — 3000 cm^3, po 3-iem — 3000 cm^3, po 4-em — 900 cm^3, po 5-em (2 cm^3 Salyrganu) 800 cm^3, po 6-em i 7-em (3 cm^3 Salyrganu) po 70 cm^3, po 8-em (2 cm^3 Novasurolu dożylnie) — 100 cm^3 moczu. (Pauza między zastrzykiwaniami 4 — 5 dniowa). Puchlina brzuszna nadal dość znaczna.

3 przyp. *Marskość kiłowa wątroby z puchliną brzuszną* (bez żółtaczki) u osobnika 42-letniego. Po 1-em dożylnem zastrzyknięciu 1 cm^3 Novasurolu — 3500 cm^3 moczu w ciągu do-

by, po 2-iem — 3200 cm^3, po 3-iem — 2200 cm^3, po 4-em 1200 cm^3, po 5-em 630 cm^3, po 6-em — 200 cm^3, po 7-em — 120 cm^3, po 8-em (2 cm^3 Novasurolu) — 120 cm^3, po 9-em (3 cm^3 Novasurolu) — 50 cm^3. (Pauza między zastrzykiwaniami 3-dniowa). Puchlina brzuszna nie zmniejsza się.

Jak wspomnieliśmy wyżej, w przypadkach przytoczonych oraz szeregu innych, Salyrgan i Novasurol przestawały działać jeszcze zanim organizm pozbywał się nadmiaru płynów (obrzęki, puchliny, wysięki, „nalana otyłość" i t. d.).

Ponieważ naogół organiczne związki rtęci stosujemy tam, gdzie zawiodły wszystkie inne środki moczopędne, jest zrozumiałą rzeczą, że fakty powyższe zamieniają przypadki ciężkie na beznadziejne.

Dużym zatem postępem w lecznictwie stanów nawodnienia ustroju jest stwierdzenie przez *Keitha, Barriera* i *Whelana* (Journ. Am. Med. Ass., T. 85, Nr. 11, 12.8.1925 r.) synergetycznego działania moczopędnego chlorku amonu i Novasurolu.

Autorzy ci stwierdzili, że podawanie doustne chlorku amonu w ilości 5 — 15 g dziennie, w przeciągu 3 — 18 dni, zwiększa działanie moczopędne wstrzykiwań domięśniowych lub dożylnych Novasurolu. Wyniki dodatnie uzyskali autorzy u 10-ciu z 12-tu chorych na nerki z obrzękami.

Chlorek amonu w połączeniu z Novasurolem stosujemy na oddziale D-ra *Lewina* od blisko 3-ch lat. Wyniki nasze zgodne są z otrzymanemi przez autorów powyższych: podawanie chlorku amonu wzmaga lub przywraca (reaktywuje) działanie moczopędne Novasurolu — w zastoinie sercowej, nerczycy przewlekłej, marskości wątroby (kiłowej, sercowej, zanikowej), w wysiękowem zapaleniu opłucnej i t. d. Poza tem spostrzegaliśmy, że podawanie chlorku amonu wzmaga b. znacznie spadki gwałtowne wagi po zastrzykiwaniach Novasurolu w przypadkach „nalanej otyłości", leczonych tarczycą i Novasurolem (wg. *Eppingera).* Wreszcie badania nasze wykazały,że owo synergetyczne działanie moczopędne dotyczy nietylko chlorku amonu i Novasurolu, jak twierdzą autorzy powyżsi, lecz również NH_4 Cl i Salyrganu i wszystkich wspomnianych powyżej innych związków rtęci o właściwościach moczopędnych.

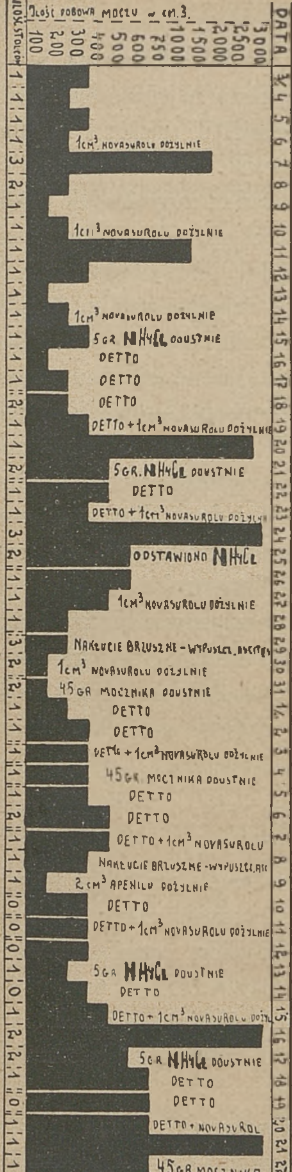
Ogółem stosowaliśmy owe kombinacje lekowe w przeszło 30 przypadkach schorzeń — naogół z wynikiem dodatnim.

W pracy niniejszej chcemy przedstawić wyniki badań naszych nad chemizmem owego działania synergetycznego.

Chlorek amonu jest solą obojętną. Jak wiemy jednak, działanie soli obojętnych na ustrój jest jednoznaczne z działaniem zawartych w nich jonów. Należało tedy zobaczyć, jak wpływają na gospodarkę wodną jony chloru i amonu. Ponieważ, dalej, jon chloru ma własności kwasu, amonu — zasad, należało zobaczyć, czy działanie to nie jest identyczne z wpływem kwasów i zasad na ustrój. Według *Haldanea* wprowadzone do ustroju sole amonu wywołują powstawanie mocznika. Trzeba więc było sprawdzić, czy działanie NH_4 Cl nie jest działaniem mocznika na diurezę ponovasurolową.

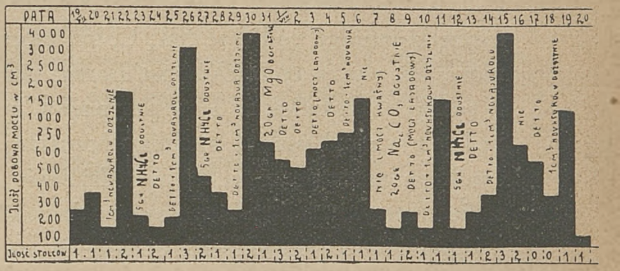
TABLICA I.

Chora W. Ch., l. 17 ks. Chorych 3003/26. *Insuff. et stenosis valv. mitr. assystolja* — która ustąpiła po środkach nasercowych. Pozostały jedynie duża wątroba i puchlina brzuszna, której nie udało się usunąć zwykłemi środkami moczopędnemi.



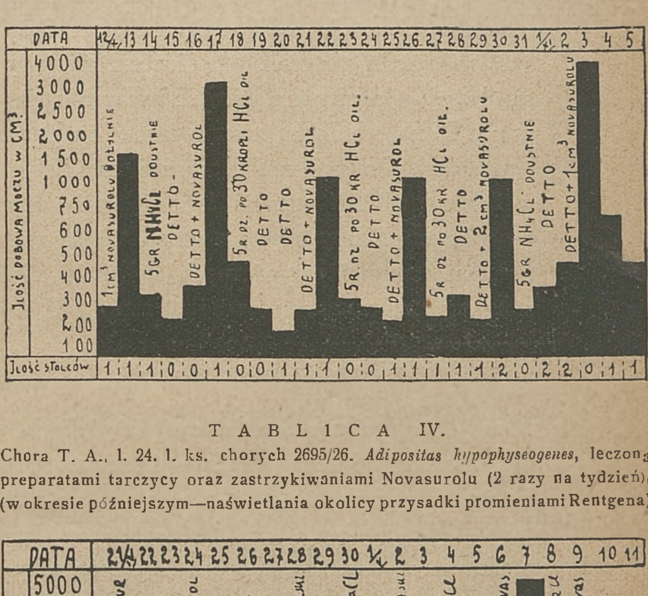
TABLICA II.

Chory M. Z. — I. l. 18. l ks. chorych 1934/27. *Nephrosis idiopatica. Anasarca.*



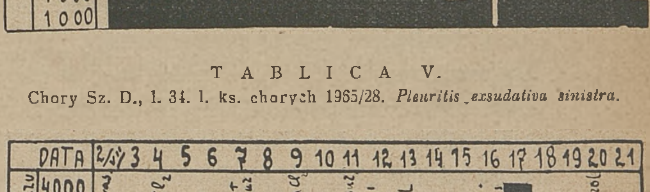
TABLICA III.

Chora E. F., l. 55, l. ks. chorych 3909/27. *Degen. musc. cardis. Asystolia.*



TABLICA IV.

Chora T. A., l. 24. l. ks. chorych 2695/26. *Adipositas hypophyseogenes*, leczona preparatami tarczycy oraz zastrzykiwaniami Novasurolu (2 razy na tydzień), (w okresie późniejszym—naświetlania okolicy przysadki promieniami Rentgena).



TABLICA V.

Chory Sz. D., l. 34. l. ks. chorych 1965/28. *Pleuritis exsudativa sinistra.*



1. WPŁYW MOCZNIKA NA DIUREZĘ PO ZWIĄZKACH RTĘCI.

W jednym przypadku sercowej marskości wątroby z puchliną brzuszną, w którym już podawaliśmy poprzednio Novasurol, zaczęliśmy w okresach między zastrzykiwaniami podawać NH_4 Cl lub mocznik doustnie. W tablicy I uwidoczniony jest wpływ tych leków na diurezę ponovasurolową.

Z tablicy tej wynika, że 1⁰ w przypadku, w którym żaden inny środek moczopędny nie mógł usunąć puchliny brzusznej, Novasurol okazał się skutecznym środkiem moczopędnym, 2⁰ owo działanie moczopędne po następujących po sobie zastrzykiwaniach stopniowo malało, aż po 3 — zupełnie ustało, 3⁰ przez podawanie doustne chlorku amonu (5 g dziennie) udawało się przywrócić, a nawet wzmocnić diurezę ponovasurolową; 4⁰ odstawienie chlorku amonu, jak sprawdziliśmy dwukrotnie, znosiło działanie Novasurolu, — mieliśmy więc prawo sądzić, że NH_4 Cl reaktywował działanie Novasurolu; 5⁰ podawanie mocznika doustnie (45 g dziennie) lub dożylnie (w postaci afenilu) wzmagało w stopniu nieznacznym diurezę, nie przywracało jednak diurezy ponovasurolowej — a zatem mocznik Novasurolu nie reaktywował; 6⁰ ponowne podawanie doustne chlorku amonu znowu reaktywowało Novasurol.

Analogiczne badania nad Novasurolem i Salyrganem przeprowadziliśmy jeszcze w 3 przypadkach puchlin i obrzęków. Wyniki uzyskaliśmy analogiczne do powyższych. Mamy więc prawo sądzić, że synergetyczne działanie moczopędne chlorku amonu i organicznych związków rtęci nie jest zależne od powstania w ustroju mocznika po wprowadzeniu soli amonu.

2. WPŁYW ZASAD NA DIUREZĘ PO ZWIĄZKACH RTĘCI.

Istnieje pogląd wypowiedziany przez *Fischera*, że obrzęki powstają wskutek zakwaszenia koloidów tkankowych, co pociąga za sobą zwiększenie ich wodochłonności. Szereg autorów nie zgadza się z takiem ujęciem patogenezy obrzęków. Badania własne (dotąd nieogłoszone) przemawiają jednak za tem, że gromadzenie się kwasów odgrywa tu pewną rolę. Wiemy również, że przez alkalizację ustroju, np. podawanie Mg O, Mg CO_3, Na_2 CO_3 udaje się niejednokrotnie zwiększyć diurezę.

Ponieważ grupa NH_4 w roztworach wodnych ma własności zasad (tworząc NH_4 OH), należało zobaczyć, czy działanie chlorku amonu nie jest jednoznaczne z działaniem moczopędnem zasad.

By rozstrzygnąć to pytanie, zaczęliśmy w przypadku *nephrosis chronica* z dużemi obrzękami podawać: 1) Novasurol, 2) Novasurol i NH_4 Cl i 3) MgO i Na_2 CO_3 (aż do zalkalizowania moczu) i Novasurol. Wyniki uwidocznione są na tablicy 2-ej.

Z tablicy tej wynika, że 1) u badanego chorego Novasurol zwiększył diurezę, 2) działanie moczopędne tego środka wzrosło przeszło dwukrotnie po podawaniu doustnem NH_4 Cl (po 5 g dz. w opłatkach), 3) wprowadzenie doustne MgO i Na_2 CO_3 (3 — 4 łyżeczki dziennie), aż do zalkalizowania moczu zwięk-

szało nieznacznie i przelotnie ilość dobową moczu, nie zwiększało natomiast działania moczopędnego Novasurolu i 4) ponowne podawanie doustne NH_4 Cl ponownie zwiększało diurezę ponovasurolową.
Badania te, potwierdzone jeszcze u trzech innych chorych, uprawniają nas do wniosku, że działanie synergetyczne moczopędne NH_4 Cl i Novasurolu (detto Salyrganu) nie jest identyczne z działaniem moczopędnem zasad.

3. WPŁYW KWASÓW NA DIUREZĘ PO ZWIĄZKACH RTĘCI.

Według *Haldanea* podawanie chlorku amonu obniża we krwi zasób zasad (od 22 — 25% CO_2) oraz zwiększa kwasotę moczu. Ma to być skutkiem przemiany grupy NH_4 na mocznik, uwolnienia się Cl jako HCl i następnego zakwaszenia ustroju.
Ponieważ inne sole zakwaszające ustrój, mają działać odwodniająco, zaczęliśmy badać, czy działanie moczopędne NH_4 Cl nie sprowadza się do działania kwasów.
Badania, przeprowadzone analogicznie do powyższych, dały wyniki, uwidocznione na tablicy 3-ej.
Z tablicy tej widać, że w przypadku, w którym NH_4 Cl dwukrotnie podwyższał działanie moczopędne Novasurolu, kwas solny (który znacznie podwyższał kwasotę) zmniejszał diurezę oraz nie wpływał zupełnie na działanie moczopędne Novasurolu.
Analogiczne wyniki otrzymaliśmy po podawaniu HCl i Salyrganu w 2 przypadkach obrzęków.
Widzimy więc, że zmniejszenie zasobu zasad we krwi oraz zmniejszenie kwasoty moczu po dodawaniu NH_4 Cl nie jest przyczyną wywołanego przez NH_4 Cl odwodnienia ustroju.
Nie wyłącza to bynajmniej innej nasuwającej się koncepcji, że mianowicie NH_4 Cl przez zmianę konfiguracji chemicznej obrzękłych koloidów tkankowych powoduje oddawanie przez obrzękłe tkanki nadmiaru kwasów do krwi i stąd do moczu (przeto — obniżenie zasobu zasad we krwi oraz zakwaszenie moczu). Zakwaszenie byłoby zatem w myśl tej koncepcji nie przyczyną, lecz następstwem działania moczopędnego NH_4 Cl. — Mogłyby to rozstrzygnąć badania specjalne.

4. WPŁYW JONÓW AMONU I CHLORU NA DIUREZĘ PO ZWIĄZKACH RTĘCI.

Jak wspominaliśmy powyżej, z NH_4 może w ustroju powstać mocznik i kwas solny. Według *Mainzera* (Kl. Woch. 1927, 36) kwas solny zaraz po powstaniu łączy się z dwuwęglanami krwi, przyczem wyzwala się CO_2 i powstaje sól kuchenna. Nasuwa się zatem możliwość, że w NH_4 Cl właśnie jon chloru ma owo działanie moczopędne.
Jak wykazały jednak badania nasze, analogiczne do powyższych, Na Cl zmniejszało działanie moczopędne Novasurolu i Salyrganu (tablica 4), Ca Cl_2 owe-

go działania nie potęgowało (tablica 5), — badania zostały przeprowadzone u 3 chorych każde.

Nasuwał się zatem wniosek ostateczny: synergetyczne działanie moczopędne związków rtęci i chlorku amonu jest następstwem działania jonu amonu.

Badania nasze potwierdziły ten wniosek. Podawanie wielu chorym w przerwach między zastrzykiwaniami Novasurolu i Salyrganu różnych soli amonu wykazało, że działanie moczopędne związków organicznych rtęci potęgują poza NH_4 Cl również i NH_4 H_2 PO_4 oraz NH_4 Br.

Badania następne, przeprowadzone u trzydziestu kilku chorych wykazały, że z tych 3-ch środków BH_4 Br najbardziej potęguje działanie moczopędne Novasurolu i Salyrganu.

Dlatego też proponujemy zamiast NH_4 Cl podawać chorym bromek amonu (w roztworze wodnym — w ilości 5—10—12 g substancji suchej dziennie). Bromek amonu jest mniej przykry w smaku i bardziej skuteczny w działaniu.

DR. RODRIGUEZ DIAZ.

HEXOPHAN.

(Referat według Rev. des progrès ther. Rocznik 3, zeszyt 10).

DIAZ badał w ciągu ostatnich 16 miesięcy działanie całego szeregu leków przeciwdnawych. Ze spostrzeżeń jego wynika, że wymaganiom leczniczym najbardziej odpowiada Hexophan, kwas oxyphenylochinolinodwukarbonowy. Wyróżnia się on z pośród innych leków przeciwdnawych tem, że działanie jego okazuje się mniej gwałtowne, natomiast utrzymuje się znacznie dłużej i na tem polega jego przewaga nad zwykłym kwasem phenylocinchoninowym. Szczegółowe badania nad działaniem leczniczem Hexophanu wykazały jego niewątpliwy wpływ przeciwartretyczny i stwierdziły jednocześnie, że środek ten przedstawia nietylko wyróżniający się długotrwałem działaniem lek przeciwdnawy i mocny środek przeciwbólowy, lecz że można go stosować z doskonałym wynikiem również dla leczenia dolegliwości reumatycznych, rwy kulszowej, lumbago i zapalenia mięśni.

U chorych dnawych Hexophan przejawia prawie natychmiastowo swe działanie przeciwbólowe i przeciwzapalne. W przypadkach lżejszych poprawę można stwierdzić już po upływie 48 godzin. Przy ostrych napadach dny osiągano spadek ciepłoty do normy już w drugim dniu podawania Hexophanu. Na szczególną uwagę zasługiwało ustępowanie bolesnych obrzęków stawowych, które częstokroć były do tego stopnia wrażliwe na dotknięcie, że chorzy nie byli w stanie znosić ucisku nawet przedmiotów tak lekkich jak np. kołdra, nie mówiąc już o okładach. Dawka dobowa 3 razy dziennie po 2 tabletki (po 0,5 g) wystarczała zwykle dla usunięcia bólów i gorączki; w razie napadów ciężkich można jednak dawkę śmiało podwyższyć do 8 tabletek (po 0,5 g).

Tabletki Hexophanu najlepiej przyjmować w alkalicznej kwaso-węglowej wodzie mineralnej; musującą sól Hexophanu wytwarza się w ten sposób, że przygotowany z niej rozczyn ma odrazu odczyn zasadowy. Chorym należy zwrócić uwagę, aby Hexophan zażywali zawsze przed jedzeniem. Oczywiście, że należy jednocześnie przestrzegać zwykłą dietę przeciwdnawą, a zwłaszcza unikać pokarmów obfitujących w związki purynowe.
Dla zobrazowania powyższych rozważań autor przytacza w krótkości kilka następujących historyj chorób:

1). Mario F., 35 lat, dziedzicznie obciążony artretyk. Napady występują często i są takie mocne, że chory wówczas nie jest w stanie opuścić łóżka. Przed 5 miesiącami nowy ostry napad. W nocy obudził chorego bardzo silny ból umiejscowiony w stawach śródstopowo-palcowych paluchów obu nóg. Na drugi dzień ból ustąpił, tak że chory mógł nieco zasnąć. Chory wobec tego zaniechał przestrzegania odpowiedniego trybu życia i ograniczył się do uśmierzających bóle nacierań. Skutek był taki, że wieczorem i w nocy bóle znowu się ponowiły i to tak samo silne, jak nocy poprzedniej. Bóle te zmusiły chorego do skorzystania z zapisanej mu w tym celu musującej soli Hexophanu. Następna noc była o wiele lepsza, bóle dokuczały choremu znacznie mniej, zaczerwienienie i gorączka dotkniętych stawów zniknęły. Zachęcony tym pomyślnym wynikiem chory stosował nadal kurację Hexophanem i na trzeci dzień był już w stanie opuścić łóżko i chodzić w pantoflach po pokoju.

2). Bernardo R., 58 lat. Oddawna chory na dnę o przebiegu przewlekłym, w stawach palców złogi dnawe, częściowo owrzodzone. Po przyjmowaniu 4 razy dziennie po 2 tabletki Hexophanu po 0,5 g chory już na trzeci dzień wydzielił znaczne ilości kwasu moczowego, po 6 zaś dniach pacjent, z zawodu urzędnik bankowy, czuł się już tak dobrze, że mógł powrócić do swego zajęcia.

3). José B., 43 lata: cierpi już od wielu lat na powtarzające się lekkie napady dnawe. Chory przyjmuje 3 razy dziennie po 3 łyżeczki musującej soli Hexophanu w wodzie mineralnej. Już na drugi dzień bóle ustały całkowicie, a po pięciodniowem leczeniu pacjent został wypisany jako wyleczony. Od tego czasu, pomimo że minęło już 11 miesięcy, bóle nie powtórzyły się ani razu.

Hexophan usuwa więc lżejsze napady dny bardzo szybko, a w przypadkach napadów cięższych znacznie skraca czas ich trwania, nie powodując przytem zbyt gwałtownie przebiegającego wydzielania moczanów; niema więc powodu obawiania się kolki nerkowej.
Chorzy znosili Hexophan doskonale i ani razu nie skarżyli się na żadne objawy działania ubocznego.

DR. JÓZEF HECZKO, szpital S. S. Elżbiet. dla kobiet i dzieci w Cieszynie.

LECZENIE OPTARSONEM OPADNIĘCIA ŻOŁĄDKA, POWIKŁANEGO NIEDOWŁADEM I NIEDOKRWISTOŚCIĄ.

WOBEC pojawiających się w prasie lekarskiej wzmianek i artykułów o leczeniu strychniną różnych schorzeń żołądka jak nieżyty, wrzody, skurcze odźwiernika, opadnięcia, niedokwaśność etc. (Arch. f. Verdauungskr. T. 45, 1929) uważam, że nie będzie od rzeczy podzielić się spostrzeżeniami nad stosowaniem

Optarsonu (1 cm^3 = 4 mg $As_2 0_3$ = 1 mg Strych. nitr.) w cierpieniach żołądka. Chora lat 32, wagi 47 kg, skarży się na bóle w brzuchu, występujące po każdem jedzeniu; bóle te najsilniej występują poniżej pępka i stają się wprost nieznośne podczas ruchu po posiłku. Chora leczy się od przeszło dwu lat bezskutecznie. Ciągle traci na wadze, apetytu nie ma, zmuszona, przyjmuje posiłek. Badaniem przedmiotowem stwierdza się: niedokrewność znacznego stopnia, zwiotczenie powłok brzusznych i opadnięcie żołądka.

Rentgenologiczne badanie wykazuje opadnięcie żołądka i atonję (żołądek wypełniony opiera się o spojenie łonowe).

Badanie treści żołądkowej po próbnem śniadaniu wykazuje niedokrwistość (ogólna kwasota 18. Wolny HCl 11).

Zastosowano leczenie Optarsonem — co 2-gi dzień zastrzyk. Już po trzecim zastrzyku występuje poprawa łaknienia i lepsze samopoczucie. Po jednej serji (12) zastrzyków, chora spożywa posiłek 5 razy dziennie, twierdzi, że ma „wilczy apetyt", dolegliwości po jedzeniu prawie zupełnie ustąpiły, występują tylko jeszcze, gdy chora zaraz po posiłku udaje się na dłuższą przechadzkę.
Również upławy, które sprawiały niemało przykrości chorej, zmniejszyły się znacznie.

Waga, która według podania chorej stale spadała, mimo różnych injekcyj jakiemi była leczona, obecnie poprawiła się o 2 kg i 15 dk.
Analiza treści żołądkowej wykazuje prawie normalne stosunki.

Według badań historycznych prof. dr. HAESERA i prof. dr. BARGERA, Edynburg. (Podręcznik historji medycyny).

ŚWIĘTY OGIEŃ.

CHOROBĄ bardzo podobną pod niektóremi względami do trądu był stwierdzany często w średniowieczu „Święty ogień". Historycy, zwłaszcza francuscy, opisujący tę chorobę w okresie od 9-go do 13-go stulecia, uważali ją za chorobę zakaźną i podawali, że w rozwiniętych postaciach świętego ognia dochodziło zawsze do zgorzeli rąk i nóg. Coprawda już w biblji i u pisarzy rzymskich znajdujemy opis chorób wywołanych przez spożywanie zboża, krótkie jednak przeważnie te doniesienia nie pozwalają na wyciągnięcie wniosku, że autorzy mieli na myśli tę postać chorobową, którą określano jako święty ogień. Pierwszy, niewyraźny zresztą, opis epidemji we Francji pochodzi z r. 590; następne epidemje następowały w krótkich odstępach czasu jedna po drugiej w latach od 857 do 1347. W r. 857 epidemja srożyła się pod Xanthen nad dolnym Renem, w 945 w Paryżu, w 994 w Akwitanji i Limousin. Początkowo nazywano święty ogień również i zarazą morową, od 10-go jednak wieku spotykamy określenia: Ignis sacer, Feu sacre, Arsura, Mal des ardens, Clades s. pestis igniaria. Poczynając

od 12-go wieku, mówi się o ogniu Świętego Antoniego i Świętej Panny. Z kronik wynika, że choroba zajmowała nietylko kończyny, lecz w niektórych przypadkach również i części twarzy, piersi, narządów płciowych; zdarzali się ludzie, u których pozostał po chorobie tylko tułów i głowa. Chorzy przy dotknięciu byli zimni jak lód i nie można ich było rozgrzać. W poszczególnych przypadkach sprawa chorobowa obejmowała widocznie również i narządy wewnętrzne, gdyż chorzy umierali bez zewnętrznych oznak zgorzeli. Śmiertelność we francuskich epidemjach była nadzwyczaj duża; w r. 994 z powodu świętego ognia zmarło w Akwitanji jakoby 40,000 ludzi, a w r. 1129 — 14,000. W r. 996 biskup z Metzu założył lazaret, do którego przybywało codziennie po 80—100 nowych chorych. Tożsamość świętego ognia z zatruciem sporyszem — ergotismus — wykazał dopiero w r. 1771 lekarz francuski *Read* ze Strassburga. Wykazanie, że ludzie, którzy zachorowali na święty ogień, spożyli sporysz, jest oczywiście bardzo trudnem; znajdujemy jednak, coprawda bardzo rzadko, wzmianki, które za tem przemawiają. Tak np. w kronice w r. 1089 jest mowa o „krwawiącym, ciemno czerwonym chlebie", odnośnie zaś do innej epidemji czytamy, że *Hugo Capet* w r. 945 żywił 600 chorych, z pośród których większość wyzdrowiała, ci natomiast, którzy wrócili do domu znowu zachorowali i odzyskali zdrowie dopiero wówczas, gdy wrócili do Notre Dame, gdyż tam otrzymywali lepsze pożywienie. Możliwe, że wyleczenie wielu chorych w klasztorach zależało od zdrowszego odżywiania, a zwłaszcza spożywania lepszego chleba. Za patrona chorych uznano Matkę Boską, później zaś Świętego Marka Vitonjusza i Świętą Genowefę. Wspominaliśmy już, że klasztory przyjmowały częstokroć ciężko chorych na leczenie, papież zaś *Urban II* założył nawet w r. 1093 zakon religijny w Vienne w Delfinacie. Wrota klasztoru tego zakonu były jakoby pomalowane na kolor ognisto-czerwony. Szpital w Lugdunie nazywał się Contractoria. Jeszcze w r. 1702 można było w opactwie w Vienne oglądać wyschnięte, czarne kończyny nieszczęśliwych. W wieku 14-ym choroba traci swój charakter nagminny i gdy w r. 1347 przeniknęła do Europy czarna śmierć, czyli dżuma, ustały doniesienia o świętym ogniu. Miejsce świętego ognia, występującego coraz rzadziej i rozpowszechniającego się coraz mniej, zaj-



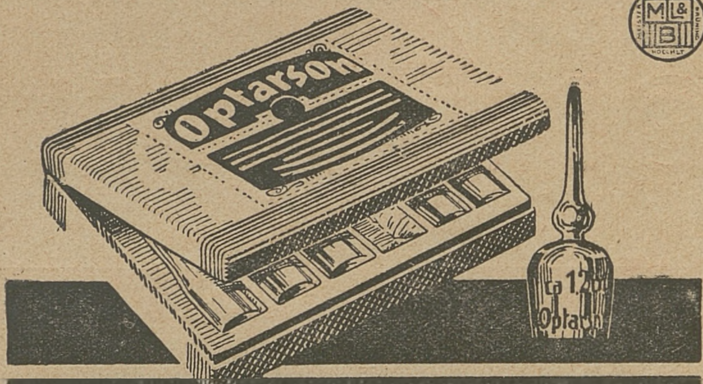
muje t. zw. „rojnica", polegająca, prawdopodobnie, na łagodniejszem zatruciu mniejszemi dawkami sporyszu. Dopiero pod koniec 16-go wieku zdarzają się znowu epidemje zatrucia sporyszem, jak np. w r. 1581 w Luneburgu i w r. 1590 w Sudetach. Według doniesienia wydziału lekarskiego w r. 1596 panowały epidemje w Westfalji, w biskupstwie kolońskiem i Hesji. Profesorowie z Mar-





burga określali chorobę jako rojnicę, charłactwo, lub przewlekłą zarazę. Marburski wydział lekarski uważał zepsuty chleb za powód choroby, podczas gdy dopiero *Thuillier*, lekarz przyboczny księcia Sully rozpoznał w r. 1630 istotną przyczynę choroby. Dopiero jednak w r. 1676 ukazało się w Journal des Sçavans doniesienie tego lekarza, który na podstawie doświadczeń nad karmieniem ptactwa uznał ostatecznie sporysz za powód świętego ognia. Doświadczenia te pozostały klasyczne aż do dnia dzisiejszego.

W r. 1694 nawiedziła Niemcy znowu ciężka epidemja. Ostatnie zaś duże wybuchy choroby miały miejsce w latach 1770 — 1771 w Hanowerze, Holsztynie,



OPTARSON

1 mg Strychnini nitr. w 1 cm³ Solarsonu

Wysokowartościowe połączenie arsenowo-strychninowe

Szybko i długotrwale działający środek wzmacniający nerwy do stosowania pozajelitowego

OPAKOWANIE ORYGINALNE:
pudełka po 12 ampułek à 1 cm³

I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT

Naukowy wydział farmaceutyczny „Bayer-Meister Lucius", Leverkusen n/R

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczp. Polską: Dom Agenturowy „REMEDIA" Warszawski, Fulde i S-ka, Warszawa, Hipoteczna Nr. 5—skrzynka pocztowa 748 wysyła literaturę i próbki na żądanie WWPP. Lekarzy bezpłatnie

Harcu, w okolicach Magdeburga, w Hesji, w Sologne we Francji i na Węgrzech. *Johann Taube*, korespondent Królewskiego Towarzystwa Naukowego w Getyndze, wydał w r. 1782 doniesienie pod tytułem: „Historja rojnicy“, opisującem ostatnią epidemję, której był tak bliskim świadkiem.

Spotykany czasami pogląd, że francuska postać zatrucia sporyszem miała charakter bardziej zgorzelinowy, niemiecka zaś bardziej drgawkowy i że zależało to od różnicy jadów, jest według *Bargera* zupełnie nieuzasadniony.



W Anglji zatrucie sporyszem nigdy nie występowało w postaci nagminnej; opisywano jedynie nieliczne przypadki pojedyńczych zatruć.

W wieku 19-ym zatrucie sporyszem zdarzało się już prawie wyłącznie tylko w Rosji. Tak samo późno jak rozpoznano przyczynę świętego ognia, tak samo również późno znalazł sporysz zastosowanie w medycynie. Czy odgrywał on jakąkolwiek rolę w medycynie ludowej, niewiadomo. Wzmiankę o stosowaniu sporyszu w lecznictwie znajdujemy dopiero w zielniku *A. Loniciera* i to dopiero w późniejszem jego wydaniu z r. 1582, w każdym jednak razie przed odkryciem związku między sporyszem i chorobą świętego ognia. Sporysz narazie pozostał przedewszystkiem środkiem ludowym, z którego działaniem lud doskonale się obeznał i dopiero w wieku 19-ym został uznany przez urzędową medycynę. Według *Bargera* pierwsza poważna notatka o leczniczem stosowaniu sporyszu w położnictwie pochodzi od dr. *Stearnsa* (1807, Saratoga County; list do Mr. *S. Akerly* w Nowym Yorku).

DR. FRITZ HOGENAUER. Szpital Wieden w Wiedniu.

W SPRAWIE WYSTĘPOWANIA JADOWITYCH PRĄTKÓW TĘŻCA W PRZYPADKU TĘŻCA WYLECZONEGO.

WIADOMO, że prątki tężca mogą pozostawać w ustroju, nie powodując żadnych objawów chorobowych. Jakikolwiek powód zewnętrzny, ropienie rany, uraz i t. d. mogą sprawić, że prątki nagle stają się czynne i dochodzi do ujawnienia się tężca. W późnych przypadkach tężca samo zakażenie mogło nastąpić nawet przed 7-iu laty. Również i w przypadkach nawrotu tężca często pomiędzy zaka-

żeniem i nowym wybuchem choroby może mieć miejsce wielomiesięczna bezobjawowa przerwa. Jadowitość znajdujących się w ustroju prątków można było wykazać zapomocą doświadczeń na zwierzętach, wyłącznie jednak dopiero z chwilą wybuchu nawrotu.

Eiselsberg opisuje chorą, której w $1\frac{1}{2}$ miesiąca po ustąpieniu objawów tężcowych usunął z wielkiej rany drzazgę drzewną. Wydobyty kawałek drzewa przechowano i jeszcze po upływie $2\frac{1}{4}$ lat znaleziono na nim jadowite prątki tężcowe. Podobne zdarzenie spostrzegał *Hogenauer*. Odnośną historję choroby przytaczamy tu w streszczeniu:

Sprawa dotyczyła 39-letniego mężczyzny, który się skaleczył kawałkiem drzewa w prawe przedramię. Po upływie 9 dni wystąpiła sztywność tułowia i chory nie był już w stanie otworzyć zupełnie ust. Na drugi dzień przyjęty na oddział chirurgiczny szpitala Wieden-Rana, z której sączyła się w niewielkiej ilości ropa, była długości około 1 cm. Otoczenie jej było nacieczone i zaczerwienione. W ciągu tego dnia rozwinął się typowy tężec: opisthotonus, szczękościsk, tężcowe skurcze kończyn. Leczenie: duże dawki surowicy tężcowej, stosowanej również dolędźwiowo, następnie lawatywy z chlorowodorku, morfina. Na 5-y dzień zapalenie dolnego płata lewego płuca, które się jednak po 7 dniach cofnęło. Objawy tężca, poczynając od 15 dnia pobytu w szpitalu poczęły ustępować. Najdłużej pozostawały przykurcze prawego ramienia. W 25-ym dniu pacjent został wypisany bez objawów chorobowych. Po $2\frac{1}{2}$ miesiącach zaognienie się rany. Widoczny maleńki otwór przetoki, z którego wystaje drzazga drzewna. Wydobyto ją i przesłano do zakładu anatomo-patologicznego celem zbadania na obecność prątków tężcowych. Królik, któremu wkłuto drzazgę podskórnie zginął po 2 dniach wśród objawów typowego tężca.

Okazuje się więc, że drzazga drzewna, która pozostawała w ciele chorego przez $3\frac{1}{2}$ miesiąca zawierała jadowity materjał jeszcze po upływie $2\frac{1}{2}$ miesięcy od chwili przebycia tężca. Niezwykłą jest okoliczność, że pacjent, pomimo utrzymywania się w ranie jadowitych zarazków chorobotwórczych tężca, pozostawał po przezwyciężeniu choroby zupełnie zdrów. Należałoby tu uznać istnienie odporności czynnej, nabytej przez zwalczenie choroby, lub odporności biernej, pozyskanej dzięki stosowaniu surowicy przeciwtężcowej. Odporność czynna jest jednak według danych z piśmiennictwa bardzo słaba, co zresztą potwierdzają doświadczenia na zwierzętach. Sztuczną antytoksynę ustrój szybko wydziela. Po 8 dniach pozostaje w ustroju zaledwie bardzo niewielka jej ilość i wydaje się bardzo mało prawdopodobnem, aby działanie tej antytoksyny mogło utrzymywać się przez dwa miesiące. Można również przypuścić, że prątki tężcowe były w stanie wytworzyć w tym przypadku bardzo niewielką ilość toksyny lub toksynę zbyt słabą. Dla ochrony jednak przeciw słabej toksynie tężcowej powinna wówczas okazać się wystarczającą nawet niewielka odporność, gdy tymczasem udało się wywołać chorobę przy przenoszeniu na zwierzę doświadczalne, które okazało się nieodporne nawet w stosunku do słabego jadu tężcowego. W każdym razie niema żadnych danych, aby uznać, że prątki tężcowe, znajdujące się w ranie w warunkach beztlenowych, mogły przez dłuższy czas lub przejściowo nie wytwarzać toksyny wcale, lub jedynie bardzo słabą. Bardziej uzasadnionem wydaje się przypuszczenie, że jad coprawda wytwarza się, zostaje jednak zatrzymany w miejscu powstania. Możliwość, że zamknięte prątki tężcowe znowu

powodują wybuch choroby zależy, oczywiście, nietylko od stosunków panujących w ranie, lecz również od zdolności obronnej ustroju. Przy tym stanie sprawy należy uważać każdego człowieka, który stosunkowo niedawno przebył tężec za zagrożonego; choroba bowiem może każdego dnia wybuchnąć powtórnie. Historja choroby wykazuje, jak ważną jest rzeczą, aby ciało obce zanieczyszczone prątkami lub zarodnikami tężca usuwać możliwie jaknajprędzej. Przeciwko takiemu postępowaniu przemawia jednak fakt, że wszelkie zabiegi chirurgiczne są często czynnikiem wywołującym wybuch tężca. Należy przeto naogół usuwać ciało obce tylko wówczas, gdy potrzebny zabieg nie jest zbyt duży. W każdym jednak razie zabieg tego rodzaju wolno wykonać jedynie po właściwem zastosowaniu zapobiegawczego wstrzyknięcia surowicy przeciwtężcowej.

DR. J. MÜLLER. Klinika lekarska w Münster.

W SPRAWIE ROZMIESZCZENIA RTĘCI W RÓŻNYCH NARZĄDACH PSÓW PO WSTRZYKIWANIACH SALYRGANU.

KAEWEL i *KUHN* wykazali na podstawie doświadczeń na zwierzętach, że z pośród licznych wypróbowanych przez nich leków, największe zdolności bakterjobójcze w stosunku do zawartych w pęcherzyku żółciowym prątków durowych posiada Salyrgan. Stężenia zawierające zaledwie 7,2 mg% Hg okazywały się wystarczające dla zabicia prątków durowych in vitro w ciągu 24 godzin. Zbadanie przeto, w jaki sposób Salyrgan dzieli się w ustroju zwierzęcym, wydawało się godnem uwagi. *Müller* wstrzykiwał dożylnie niemieckim psom owczarkom (16—28 kg) 2—6 cm^3 Salyrganu, następnie po 1/3—10 godzinach zabijał zwierzęta w uśpieniu eterowo-chloroformowem przez skrwawienie z tętnicy szyjnej i określał zawartość rtęci w narządach wewnętrznych. U jednego psa wagi 28 kg, zabitego po 2 godzinach po wstrzyknięciu 2 cm^3 Salyrganu, analiza dała następujące wyniki:

Żółć	24,67 mg %	Serce	0,48 mg %
Ściana pęcherzyka żółciowego	20,0 „	Trzustka	0,35 „
Nadnercza	10,0 „	Jelito cienkie	0,32 „
Nerki	3,8 „	Żołądek	0,26 „
Jelito grube	2,25 „	Krew	0,14 „
Tłuszcz	1,25 „	Szpik kostny	—
Wątroba	1,13 „	Mózg	—
Śledziona	0,59 „	Płyn mózgowo-rdzeniowy .	—

Największą przeto ilość rtęci stwierdza się w żółci. Mózg, szpik kostny i płyn mózgowo-rdzeniowy nie zawierają wcale rtęci. U człowieka wydzielanie rtęci przebiega podobnie jak u zwierząt, u których Salyrgan wydziela się w znacznej ilości przedewszystkiem w żółci. Wydalenie ostateczne odbywa się następnie przez nerki i kiszki.

U nosicieli prątków paratyfusowych ze zdrowem sercem i nerkami, wydzielanie rtęci było po upływie 24 godzin od chwili wstrzyknięcia Salyrganu prawie cał-

kowicie ukończone. Po wstrzyknięciu 1 cm³ Salyrganu (= 36,22 mg Hg) znaleziono w moczu:

po 1 godzinie	6,6 mg Hg
po 3 godzinach	22,7 mg Hg
po 5 godzinach	2,6 mg Hg
	31,9 mg Hg

W ustroju zostają zatrzymane jedynie minimalne ślady. Największa część rtęci wydziela się z moczem, a jedynie bardzo nieznaczna z kałem. Jako dowód, że pewna część Salyrganu przenika do pęcherzyka żółciowego, może posłużyć następujące spostrzeżenie: pewną nosicielkę prątków paratyfusowych B. operowano z powodu kamicy żółciowej i znaleziono u niej 2 kamienie wapniowe wielkości orzecha laskowego; otóż w jednym z tych kamieni stwierdzono obecność rtęci, pomimo że od ostatniego wstrzyknięcia Salyrganu minęło już 6 tygodni. Sama żółć nie zawierała już rtęci. U jednego chorego z marskością zanikową wątroby wykazano po wstrzykiwaniach Salyrganu obecność rtęci również i w płynie wydobytym z jamy otrzewnowej.

DR. O. LINDER, Grac.

O LECZENIU ZAPALENIA STAWU BARKOWEGO OMNADINĄ.

SPRAWA dotyczyła chorego cierpiącego już od wielu lat na przewlekłe zapalenie stawu barkowego. Leczenie najróżnorodniejszemi kąpielami błotnemi, lekarstwami, diatermją, skaryfikacjami według *Ponndorfa* nie sprawiało żadnej ulgi. Chory przybył z powodu gwałtownego obostrzenia się sprawy zapalnej.

Pacjent może jedynie nieznacznie unieść prawe ramię i to pomagając sobie drugą ręką, wszelkie bowiem poruszenie sprawia mu nieznośne bóle. Bardzo bolesne napięcie w całym stawie ramieniowym. Najbardziej wrażliwe miejsce znajduje się w okolicy przyczepu torebki stawowej do ramienia, skąd promieniują bóle aż do końców palców. Od kilku tygodni zaledwie kilka godzin niespokojnego snu. Wieczorami podniesienia ciepłoty. Żałosny ten stan skłonił mnie do natychmiastowego zastosowania Omnadiny, przy pomocy której udawało mi się już wielokrotnie osiągnąć doskonałe wyniki.

Już po pierwszem wstrzyknięciu chory doniósł mi, że spał znacznie lepiej, bóle dokuczały mu tylko przy wyprostowaniu ramienia, przy ułożeniu zaś kończyny w odpowiedniej pozycji zwisającej i w zgięciu bólów wcale nie było. Po czwartem wstrzyknięciu — pacjent mógł już podnosić chorą kończynę bez pomocy ręki zdrowej.

Noce spokojne i bezgorączkowe.

Po 12 wstrzyknięciach ramię jest zupełnie bezbolesne, chory może niem władać bez zarzutu i jest zdolny do pracy.

Wstrzykiwania były zupełnie bezbolesne; dokonywałem ich głęboko do mięśni pośladkowych, początkowo codziennie, później co trzeci dzień.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

W sprawie leczenia i zapobiegania krzywicy zapomocą Vigantolu.

Najbardziej rozpowszechnionym sposobem leczenia krzywicy było dotychczas podawanie fosforu w tranie. Postępowanie to nie było jednak zupełnie obojętnem, gdyż nawet przy zwykłej dawce fosforu 0,01 g na 100 g tranu zdarzały się przypadki śmiertelnych zatruć. Leczenie wapniowe okazywało minimalne wyniki lecznicze, prawdopodobnie głównie dlatego, że wchłanialność soli wapniowych jest przeważnie bardzo zła. Z tego powodu starano się w ostatnich latach zwiększyć zawartość witamin w mleku. Próba podawania krowom codziennie do 100 g tranu nie powiodła się. Naświetlanie krów promieniami lampy kwarcowej również nie doprowadziło do żadnego uchwytnego zwiększenia się ilości zawartych w mleku witamin. Naświetlane mleko nie może zresztą wchodzić w rachubę jako środek leczniczy, gdyż zawarte w niem witaminy zostają częściowo uszkodzone; możliwe, że również i białko ulega zmianom; wobec tego zaś, że zawartość ergosteryny w mleku jest bardzo niestałą, a przeważnie i bardzo małą, dokładne dawkowanie staje się prawie niemożliwem. Na tem polega właśnie zasadnicza różnica w stosunku do dającej się bardzo dokładnie dawkować naświetlanej ergosteryny, czyli Vigantolu, którego stopień działania kontroluje się stale zarówno biologicznie jak i chemiczno-fizycznie.

Spostrzeżenia *Freuda* nad Vigantolem potwierdziły doniesienia poprzednich autorów. *Freud* leczył Vigantolem 57 dzieci w wieku od $^1/_3$ do 2 lat. 23 z pośród tych dzieci było dotkniętych złośliwą postacią krzywicy. U wszystkich udało się po 1—1½ miesięcznem podawaniu Vigantolu osiągnąć całkowite kliniczne wyleczenie. Pozostałym 32 dzieciom podawano Vigantol dla celów zapobiegawczych w okresie od listopada do kwietnia. Żadne z dzieci nie wykazywało najmniejszych nawet objawów krzywicy, podczas gdy z pośród czworga innych, żyjących w takich samych warunkach dzieci, które nie otrzymywały Vigantolu, dwoje zachorowało na ciężką postać krzywicy. W dalszych badaniach nad zapobiegawczem działaniem Vigantolu podawano 2 dzieciom małe dawki Vigantolu (2 × 5 kropel, następnie pięciodniowa przerwa). Z faktu, że jedno dziecko zachorowało, wynika, że ilość ta przy dużej przerwie między poszczególnemi dawkami jest zapewne nie wystarczająca. Najmniejsza skuteczna dawka zapobiegawcza u dzieci wagi do 13 kg wynosi około 1,5 mg na dobę. Ustępowanie podmiotowych objawów chorobowych stwierdzano u krzywiczych dzieci częstokroć po upływie 10 dni stosowania Vigantolu. W przypadkach craniotabes kości szybko twardniały, w kostninie nasad kości długich stwierdzano obfite odkładanie się wapnia i stan ogólny poprawiał się znacznie.

Dr. Paweł Freud

Z przytułku dla niemowląt centralnego związku żłobków dziecięcych w Wiedniu.
(Referat według Med. Kl. 1928. Nr. 44).

Trypaflavina w wenerologji.

Mucci leczył 45 chorych na rzeżączkę zapomocą 15 wstrzykiwań 10 cm^3 2%-owego roztworu Trypaflaviny. W sprawach ostrych stwierdzano szybkie zmniejszanie się ilości gonokoków; przy jednoczesnem leczeniu miejscowem szybko osiągano zupełne wyleczenie. Przy powikłaniach i sprawach przewlekłych Trypaflavina wyników nie dawała. Widocznie wywiera ona swój wpływ tyl-

ko wówczas, gdy przenika do moczu. Po 10-em wstrzyknięciu Trypaflaviny spostrzegł *Mucci* raz swędzącą wysypkę skórną, która pomimo kontynuowania wstrzykiwań szybko minęła.

Dr. Mucci. Rzym.

(Giornale Ital. di Dermatol. e Sifilol. 1928, Tom 79. z. 3.)

Leczenie kiły Myo-Salvarsanem.

Tataru stosował Myo-Salvarsan przy kile pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowej. Wstrzykiwania dokonywano sposobem *Hoffmanna* i igłę wkłuwano na głębokość 2—3 cm. Jeżeli wstrzykiwać rozczyn powoli, to bóle nie występują wcale, wstrzykiwanie zaś szybkie powoduje natychmiast mocne bóle. Większość chorych odczuwała tylko ciężar i ucisk w miejscu wstrzyknięcia, a jedynie nieliczni skarżyli się na prawdziwe bóle. Zaledwie kilku nerwowych i bojaźliwych pacjentów odczuło znośne zresztą bóle, które ustąpiły bez śladu po 2—3 godzinach. Pod wpływem zimnych okładów bóle szybko łagodniały. W każdym razie w żadnym przypadku nie trwały one dłużej niż kilka godzin. *Tataru* stwierdził wyraźnie, że uczucie doznawanego bólu zależy od techniki wstrzykiwania. Niewielkie nacieczenia znikają zupełnie na drugi dzień. Większe nacieczenia nie zdarzają się wogóle. Krętki blade znikają naogół po drugiem wstrzyknięciu, częstokroć nawet jeszcze prędzej; w jednym przypadku, naprzykład, na drugi dzień po pierwszem wstrzyknięciu 0,3 g. Objawy kiłowe wykazują już po drugiem wstrzyknięciu oznaki ustępowania. W przypadkach otwartych owrzodzeń stwierdza się już po drugiem wstrzyknięciu narastanie nabłonka, który po 3 — 4 wstrzyknięciach całkowicie pokrywa ubytek. Nacieczenia znikają przy wykwitach drugorzędowych po trzech, przy owrzodzeniu pierwotnem po 6 — 8 wstrzyknięciach. Objawy na błonach śluzowych (Plaques muqueuses) i nadżerki kiłowe cofają się już po drugiem wstrzyknięciu. Odczyn Wassermanna zmieniał się w niektórych przypadkach bardzo łatwo, w innych zaś poddawał się leczeniu o wiele trudniej. Dodatni odczyn Wassermanna zaczynał się zmieniać przeważnie dopiero pod koniec leczenia. Prawie zawsze stwierdzano po pierwszem wstrzyknięciu podniesienie się ciepłoty do 37,2° — 37,6°. Na drugi dzień ciepłota znowu wracała do normy. Na nerki Myo-Salvarsan żadnego szkodliwego wpływu nie wywiera; ani razu nie stwierdzano w moczu obecności białka. Nie spostrzegano również i żadnych innych objawów zatrucia jak np. wymiotów, lub mdłości, lub rumieni skórnych. Stwierdzano natomiast w przebiegu leczenia jednocześnie z poprawą objawów kiłowych wzrost wagi o 1 — 5 kg. O stopniu trwałości działania leczniczego Myo-Salvarsanu nie można jeszcze wobec krótkości dotychczasowego czasu spostrzegania wyrazić opinji ostatecznej.

Prof. Dr. Tataru

Klinika chorób skórnych i wenerycznych Cluj-Klauzenburg w Rumunji)
(Clujul med. 1928 Nr. 4).

O możliwości przenoszenia kiły przez chorych na porażenie postępujące i wiąd rdzenia.

Przegląd piśmiennictwa dotyczącego kiły wykazuje, że do tej pory nie spostrzegano ani razu przeniesienia kiły przez chorych na porażenie postępujące. Również i przeniesienie kiły przez paralityków lub tabetyków w przypadkach powtórnego ich zarażenia się, prawie że wcale nie wchodzi w rachubę. Przy sekcjach chorych na porażenie postępujące zarażenie się kiłą dotychczas się nie zdarzyło. Doniesienia w tej sprawie ie są jednak zupełnie jednomyślne. *Jahnel* przyjmuje, że umiejscowione w mózgu krętki blade, znajdując się w ośrodkowym układzie nerwowym, zmieniają swe własności chorobotwórcze. Przypuszczenie przeniesienia kiły przez krew paralityków szczepionych zimnicą nie zostało jeszcze z pewnością dowiedzione. Pomimo tego należy, oczywiście, przy leczeniu chorych niekiłowych gorączką zimniczą korzystać jedynie z krwi pochodzącej od chorych niekiłowych. Chociaż w poszczególnych przypadkach w pły-

nie mózgowordzeniowym chorych metakiłowych znajdywano krętki, to jednak nie spostrzegano przy porażeniu postępującem ani jednego pewnego przypadku przeniesienia kiły. Również i przy pielęgnowaniu paralityków nie zdarzył się ani razu przypadek udzielenia się kiły personelowi. Dzieci kobiet chorych na porażenie postępujące nie są naogół dotknięte kiłą. *Pilcz* jednak śród 34 dzieci pochodzących od kobiet paralitycznych stwierdził 4 przypadki kiły wrodzonej. W ostatecznym więc wyniku możliwość zakażenia istnieje również i u chorych na porażenie postępujące i wiąd rdzenia, lecz za wyjątkiem kiły wrodzonej, nie ma ona żadnego znaczenia.

Prof. Dr. F. Jahnel
Instytut imienia cesarza Wilhelma. Monachjum.
(Wien. klin. Wo. 1928. Nr. 28).

O Casbisie.

Od nadającego się do powszechnego użytku przetworu bizmutowego wymagamy niezawodnego, szybkiego działania, bezbolesnego stosowania bez wytwarzania nacieczeń, dobrej tolerancji wzgl. małej jadowitości. Wydaje się, że Casbis posiada wszystkie te właściwości. Stosowanie jego jest przedewszystkiem możliwie najprzyjemniejsze i najprostsze; dla otrzymania gotowego do natychmiastowego wstrzyknięcia bizmutu wystarcza wstrząsnąć oleistą zawiesinę, której wstrzyknięcie nigdy nie powoduje bólu ani nacieczeń, ani nie działa toksycznie. Bóle w związku z wstrzykiwaniami nigdy nie występowały, jedynie początkowo w krótkim czasie po wstrzyknięciu stwierdzano lekki ucisk w okolicy żołądka, trwający kilka minut. Wymioty spostrzegano jedynie w kilku przypadkach. *Adler* uzależnia to jednak od jednoczesnego podawania jodku potasu. Gdy u tych widocznie wrażliwych na jod chorych odstawiono jodek potasu, ustawały również i wymioty. Poza doskonałą tolerancją autor zwraca uwagę przedewszystkiem na nadzwyczaj szybkie działanie.

Dr. H. Adler. Bistrita.
(Viat. medic. 1929. Nr. 2).

Przyczynek do leczenia biegunek u dzieci.

Podczas miesięcy letnich główną troską lekarza z dużą praktyką dziecięcą jest bezwątpienia leczenie pewnych postaci biegunek, które często opierają się wszelkim zwykle stosowanym sposobom leczenia.
W przypadkach, w których zawodzą środki dietetyczne i higjeniczne, należy zastosować środki ściągające. Najlepsze naogół wyniki dają nam w tych warunkach przetwory taniny. *Distefano* stosował Eldoform, połączenie taniny z białkiem drożdży, i osiągał przy jego pomocy doskonałe wyniki w licznych przypadkach nieżytów kiszek cienkich a zwłaszcza przy jednoczesnych nieżytach kiszek cienkich i grubych. (Enteritis i Entero-colitis). Jako przykład autor przytacza w krótkości kilka historyj chorób:

1) G. P.; wiek 20 miesięcy. Od 8 dni częste śluzowo-krwawe, gnilne stolce. W dniu, gdy Distefano widział dziecko po raz pierwszy, wypróżnienia powtarzały się prawie co godzina i dziecko było wyczerpane. Zastosowano dietę wodną i siarczan sodu w małych dawkach. Zachodziła jednocześnie konieczność wstrzykiwania olejku kamforowego. Na drugi dzień podano Eldoform: 0,25 g co 4 godziny. Do diety wodnej dodano nieco buljonu. Wypróżnienia stały się nieco rzadsze, tak że na trzeci dzień wystarczało już tylko czterokrotne podanie Eldoformu oraz można było rozpocząć odżywianie zapomocą purée i miękko rozgotowanego ryżu. Leczenie takie stosuje się w ciągu 3 dni, poczem wypróżnienia stają się zupełnie normalne. Kał jest sformowany, ilość śluzu znacznie zmniejszona. Dziecko odzyskuje swój dobry nastrój i łaknienie.
2) R. M.; wiek — 11 miesięcy. Choruje od 3 dni. Wymioty, stolce zielone, cuchnące, z domieszką krwi i śluzu (około 6 na dobę). W domu dano dziecku na drugi dzień choroby oleju rycynowego. Dziecko zostaje odstawione na 18 godzin od piersi i otrzymuje wodę lekko zasadową. Co cztery godziny $^1/_3$ tabletki Eldoformu w ciągu dwuch dni, poczem, w związku z poprawieniem się stanu wypróżnień, dawkę

zmniejszono. Po 4 dniach dziecko wraca do zupełnego zdrowia.

3) L. G.; wiek — jeden rok. Autor badał dziecko w 9-ym dniu choroby. Nie otrzymywało mleka kobiecego. Stan dziecka bardzo ciężki: wysoka ciepłota, objawy podrażnienia opon mózgowych, odmawia od 2 dni przyjmowania jakiegokolwiek pożywienia. Poprzednio stosowano, bez widocznego jednak wyniku, leczenie zapomocą zaczynu mlecznego (podpuszczki). Uporczywe zielone wypróżnienia, płynne i cuchnące. Dla poprawy stanu ogólnego i zwalczenia zubożenia ustroju w wodę zachodziła konieczność podskórnego wstrzykiwania rozczynu fizjologicznego i środków nasercowych. Początkowo podawano ½ tabletki Eldoformu co 4, a następnie co 6 godzin; leczenie to stosuje się w ciągu 6 dni, po upływie których stwierdza się wyraźną poprawę; na drugi dzień podaje się mączny kleik. Na siódmy dzień stolce nie tak częste, bardziej spoiste, prawidłowo zabarwione. Eldoform podaje się 3 razy dziennie (0,25 g na dawkę). Do kleiku mącznego dodaje się kilka łyżeczek od herbaty koziego mleka, które zostaje dobrze strawione. Stopniowo pożywienie zwiększa się i po upływie następnych 4 dni biegunki ustają zupełnie. Dziecko wraca do zupełnego zdrowia; nawrotów nie było.

Jak wynika z powyższych historyj chorób Eldoform okazał się przetworem bardzo cennym. U niektórych dzieci stwierdzono po upływie kilku zaledwie dni po podaniu Eldoformu widoczną zmianę wypróżnień, poprawę ich zabarwienia oraz stanu ogólnego dzieci; u innych należało stosować Eldoform przez czas nieco dłuższy, wynik jednak zawsze okazywał się pomyślny.

Dr. G. Distefano.
Catania.
(Prog. di Terap. 1928. Nr. 6).

Omnadina w praktyce okulistycznej.

Stosowałem Omnadinę bardzo często w praktyce okulistycznej. W przypadkach niezbyt ciężkich zapaleń tęczówki okazała mi ona już wielokrotnie bardzo dobre usługi. W połączeniu ze zwykle stosowanemi sposobami leczenia usuwała Omnadina objawy zapalne nadzwyczaj szybko. Przedewszystkiem stosuję ją w tych przypadkach, w których nie mogę dokonać wstrzykiwań mleka, z ich bardziej burzliwemi objawami, lub chciałbym ich uniknąć z jakichkolwiek innych powodów. Dotychczas stosowałem 3 — 6 domięśniowych wstrzykiwań, każdorazowo po 2 cm³. Do stosowania Omnadiny zwracałem się możliwie szybko, natychmiast po rozpoczęciu leczenia.

Dr. Lindemann, Pirna.

W sprawie leczenia wodobrzusza.

Autorzy opisują chorego z alkoholową marskością zanikową wątroby i nagromadzeniem się płynu w jamie otrzewnowej. U chorego tego dokonano operacji przyszycia sieci oraz powtarzano wielokrotnie nakłucia i pomimo tego nie udało się osiągnąć większej poprawy. Wydalanie przez nerki było bardzo upośledzone wskutek zaburzenia czynności wątroby. Tak np. po dootrzewnowem wstrzyknięciu 6 mg fenolosulfonoftaleiny wydzieliło się przez nerki w ciągu 4 godzin zaledwie 13%. Po wstrzyknięciu 0,5 cm³ Novasurolu wydalanie wody i soli kuchennej zwiększyło się znacznie. Po dużych dawkach chlorku amonu (w ciągu 4 dni 4 razy dziennie po 2,0 g) nastąpiło dalsze zwiększenie się wydalania chlorków. Ilość moczu pozostawała początkowo bez zmiany, w końcu jednak czterodniowego okresu podawania chlorku amonu wzrosło gwałtownie również i wydalanie wody. Po zaprzestaniu leczenia moczopędnego wodobrzusze znowu się powiększyło. Stosowanie Novasurolu po uprzedniem podaniu chlorku amonu może zastąpić zwykle stosowane nakłucia.

Dr. G. Curtis i dr. C. B. Huggins.
Dep. of. surg. univ. Chicago.
(Proc. Soc. exp. Biol. a. Med. 1928. Tom 26).

W sprawie nagłej śmierci przy tonięciu.

Dotychczasowe próby wyjaśnienia istoty nagłej śmierci przy tonięciu zdrowych ludzi

nie są wystarczające. *Petersen* uważa, że podczas gwałtownego skoku do wody następuje mocne ciśnienie wydechowe, które u odpowiednio usposobionych ludzi doprowadza do przerwania krążenia płucnego z utrzymaniem daremnej pracy komory lewej, zniknięciem tętna, względnym brakiem tlenu w mózgu, utratą przytomności, lub też dochodzi wskutek zadziałania na nerw błędny do bardzo znacznego zwolnienia tętna z takiemiż samemi skutkami dla krążenia obwodowego. Szczególne niebezpieczeństwo grozi według dokonanych przez autora badań ludziom z małem sercem. Również i podczas sekcji zwłok ludzi, którzy nagle zmarli podczas tonięcia, stwierdzono stosunkowo często małe serca. Dla praktyki sportowo-lekarskiej jest rzeczą bardzo ważną, aby przez wprowadzenie próby ciśnieniowej według *Bürgera* (Klin. Wo. 1926. Nr. 18/19) takich skłonnych do zapaści osobników rozpoznać i zwracać im uwagę na grożące niebezpieczeństwo.

Dr. P. F. Petersen.

Klinika lekarska w Kolonji.
(Ztschr. f. d. ges. exp. Med. 1928. Tom 61).

O wpływie wzruszeń na wydzielanie żółci.

Wittkower badał zapomocą sondy dwunastniczej wpływ wzruszeń psychicznych na wydzielanie się żółci u człowieka. Okazuje się, że radość, smutek i strach pobudzają wydzielanie żółci, podczas gdy gniew powoduje zwolnienie lub nawet zupełne zahamowanie. Działanie na wydzielanie się żółci polega według *Wittkowera* prawdopodobnie nie na wzmożeniu lub zmniejszeniu samego wydzielania przez wątrobę, lecz na skurczach mięśniówki gładkiej dróg żółciowych i na przyspieszeniu lub zwolnieniu w związku z tem odpływu żółci. Przeciwko takiemu ujęciu sprawy przemawia jednak okoliczność, że atropina nie jest w stanie przeciwdziałać zahamowaniu odpływu żółci wywołanemu przez gniew. W każdym razie badania te potwierdzają stare poglądy ludowe, według których wpływy psychiczne mogą wywołać choroby wątroby.

Dr. E. Wittkower.

Pierwsza klinika lekarska Charité. Berlin.
(Klin. Wo. 1928. Nr. 46).

Przypadek pentozurji u dziecka.

U pewnej 8-io letniej dziewczynki badanie moczu wykazało dodatni odczyn *Fehlinga*, tak że początkowo autor przypuszczał, że ma do czynienia z cukromoczem. Dokładniejsze jednak badanie chemiczne wykazało, że dodatni odczyn na cukier zależał od obecności w moczu pentozy, a mianowicie d-l-arabinozy. Zawartość pentozy w moczu wynosiła 0,4%. Poziom cukru we krwi naczczo wynosił 0,085%, po zwykłym obiedzie 0,18%. U rodziców i sióstr pentozurji nie stwierdzono. Pentozurję stwierdza się czasami po nadmiernem spożywaniu owoców, a zwłaszcza wisien. Jako szczególną osobliwość przemiany materji stwierdza się pentozurję również u żydów, występującą bardzo często dziedzicznie lub rodzinnie. Dolegliwości żadnych objaw ten nie sprawia i nie zależy wcale od dostarczania węglowodanów w pożywieniu.

J. C. Schippers. Dom Wychowawczy
im. Emmy. Amsterdam.

(Nederl. Mschr. Geneesk. 1928. Nr. 15).

W sprawie nieszkodliwości dużych dawek witaminy D.

W ostatnich czasach często omawiano sprawę zaburzeń wywoływanych jakoby przez podawanie nadmiernych dawek witaminy D. Doniesienia te opierają się przeważnie na doświadczeniach dokonanych na zwierzętach, u których, po podawaniu dawek 1000—10,000 razy większych niż zwykłych, stwierdzano uszkodzenia, polegające przedewszystkiem na odkładaniu się wapnia w narządach. *Holtz* i *Brand* (Ztschr. f. phys. Chemie 1929, tom 181, z. 5/6) zwracają uwagę na to, że z podobnych doświadczeń na zwierzętach

w żaden sposób nie wolno wyciągać bez zastrzeżeń wniosków o istnieniu podobnych stosunków u ludzi chorych na krzywicę. Za słusznością poglądu wspomnianych autorów przemawia, jak mi się wydaje, następujące spostrzeżenie. Miałem mianowicie możność obserwowania przypadkowego przedawkowania, które nie spowodowało najmniejszych nawet wpływów ubocznych. Sprawa dotyczyła 8-io miesięcznego dziecka, któremu matka w ciągu 2 dni dała 10 g Vigantolu w oliwie. Wobec tego, że dziecko nie zdradzało żadnych objawów szkodliwego działania tej wielkiej dawki, matka, nic nie podejrzewając, zgłosiła się na trzeci dzień z prośbą o powtórzenie recepty. Dopiero wówczas dowiedziałem się, że dziecko zażyło w ciągu 2 dni dawkę obliczoną na 20 dni. Że przypadki takie nie są odosobnione dowodzi doniesienie *Lübkego* (Med. Welt. 1929. Nr. 2), który również nie stwierdził żadnych dolegliwości u dziecka, które wypiło naraz 10 cm^3 Vigantolu. Notatka niniejsza nie ma, oczywiście, zachęcać do zaniedbywania jaknajstaranniejszego dawkowania Vigantolu, ma zaś ona jedynie wskazać, że przesadna obawa pod tym względem jest zupełnie nieuzasadniona.

Dr. Lubitsch. Lekarz chorób dziecięcych. Kolonja.

W sprawie leczenia wąglika Salvarsanem.

Poczynając od r. 1923, znajdujemy w piśmiennictwie doniesienia o skutecznem stosowaniu Salvarsanu dla leczenia wąglika. *Krasowitoff* (Kasansk. Medicz. Journ. 1927. Nr. 8) zebrał odnośne spostrzeżenia (ogółem 32 przypadki). *Stepuchowicz* leczył Neosalvarsanem 80 chorych na wąglik. Leczenia nie rozpoczynano nigdy później, niż w 4-ym dniu choroby. Wyniki wstrzykiwań dużych dawek Neosalvarsanu okazały się naogół nadzwyczaj pomyślne. *Stepuchowicz* myślał początkowo o swoistem działaniu Salvarsanu na prątki wąglika. Wobec tego jednak, że kilku chorych zmarło, autor pogląd o swoistości działania odrzucił. Od roku 1927 stosuje on odrazu od początku duże dawki Salvarsanu i powtarza je w razie braku poprawy. Dopiero duże dawki doprowadziły do wyników pomyślnych. Z pośród 80 chorych udało się wyleczyć 72. Chorzy z zajętym ośrodkowym układem nerwowym zmarli. We wszystkich przypadkach stosowano poza Salvarsanem jedynie wilgotne okłady z 5%-owego karbolu. Z historyj chorób przytoczymy w streszczeniu następujące:

1). W. K., wieśniak, 50 lat. 2. X. 27. Na szyi po stronie lewej pustula maligna. Lewa strona szyi spuchnięta, obrzęknięta, gruczoły podszczękowe twarde, wielkości jaja gołębiego. Niewielki obrzęk skóry również i po stronie prawej. Serce rozszerzone, tony głuche, tętno dobre. 0,75 g Neosalvarsanu dożylnie. Chory nie chciał pozostać w szpitalu. 3. X. powtórnie odwiedził klinikę. Mdłości, tętno dobre. Obrzęk na szyi nieco mniejszy. 0,6 g Neosalvarsanu dożylnie. Noc chory przespał w szpitalu, na drugi dzień jednak udał się do domu i leczył się następnie u znachorki. Po 3 dniach zejście śmiertelne.

2). A. J., wieśniak, 43 lata. Przyjęty 23. V. 27. Pustula maligna z prawej strony szyi, za uchem. Znaczny obrzęk szyi i górnej połowy piersi. 0,6 g Neosalvarsanu dożylnie. W nocy bóle przy połykaniu, duszność, zawroty głowy; 38,6^0. Tętno niemiarowe, tony serca głuche. 0,9 g Neosalvarsanu dożylnie, 5,0 olejku kamforowego podskórnie. 24. V. Stan ogólny lepszy. 25. V. Ropienie prawego podszczękowego gruczołu chłonnego. Obrzęk bez zmian. 26. V. 0,9 Neosalvarsanu. Szybka poprawa. 1. VI. Wypisany z prawidłową ciepłotą.

3). F. S., wieśniaczka, 60 lat. Przyjęta do szpitala 5. VI. 27. Pustula maligna na zewnętrznej stronie prawego przedramienia. Serce rozszerzone, tony głuche. 39.8^0. Tętno dobre. 0,9 g Neosalvarsanu. 6. VI. Bez zmiany; jeszcze raz 0,9 Neosalvarsanu. Szybka poprawa. 10. VI. Wypisana jako wyleczona.

4). E. O., wieśniaczka. Przyjęta 1. X. 27. Choruje od 6 dni. Pustula maligna nad lewą brwią. Obrzęk lewej połowy twarzy. Tony serca głuche. Ciąża w 6-ym miesiącu: 0,6 g Neosalvarsanu. 2. X. Niewielki obrzęk prawej powieki. Ze strony lewej bez zmian.

0,6 g Neosalvarsanu. 3. X. Obrzęk znacznie mniejszy, stan ogólny dobry. 5. X. Wypisana dla dalszego leczenia ambulatoryjnego.

5). A. M., wieśniak, lat 46. Przyjęty 5. X. 27. w 8-ym dniu choroby. 40,0°. Pustula maligna na plecach nad łopatką. Spuchnięcie i obrzęk otaczających części skóry. Serce rozszerzone, tony głuche. Tętno słabe, niemiarowe. 0,6 g Neosalvarsanu, kamfora 3 razy dziennie podskórnie po 0,5 g. 6. X. Stan bez zmiany; 40,0°. 0,6 g Neosalvarsanu. 7. X. Stan bez zmiany, 39,1°. 0,6 g Neosalvarsanu; zawrotów głowy nie stwierdza się. 9. X. Mdłości, 39,6°. 0,9 g Neosalvarsanu. 10. X. 37,6°. Stan ogólny znacznie lepszy. W dalszym przebiegu szybkie wyleczenie wąglika.

Dr. M. Stepuchowicz.
Bałaszow. Gubernia Saratowska.
(Wraczebnoje dieło. 1928. Nr. 22).

Uwagi w sprawie Hexetonu.

Ujemne strony olejku kamforowego są powszechnie znane: mała rozpuszczalność w wodzie, złe wchłanianie się, bolesność wstrzykiwań, krótkotrwałość działania, niemożliwość, względnie niebezpieczeństwo stosowania dożylnego, częste wytwarzanie się ropni w miejscu wstrzyknięcia. Nic więc dziwnego, że preparaty zastępcze kamfory o podobnem działaniu farmakodynamicznem znalazły szerokie zastosowanie. *Sani* stosował Hexeton na oddziale chirurgicznym. W przypadkach wstrząsu pourazowego lub pooperacyjnego Hexeton przywracał wprost chorych do życia. U chorych np. po amputacji kończyn z zupełnie niewyczuwalnem tętnem i bardzo powierzchownym oddechem, czyli znajdujących się w krańcowem niebezpieczeństwie życia, dożylne wstrzyknięcie Hexetonu przywracało szybko prawidłowe tętno i oddech, i chorzy poprawiali się doraźnie. Według spostrzeżeń *Saniego* Hexeton działa bardzo pomyślnie również i w przypadkach zbyt głębokiego uśpienia, przedstawia on bowiem bardzo silny środek pobudzający ośrodek oddechowy i zwalcza szybko jego porażenie.

Dr. A. Sani. Szpital Św. Anny. Ferrara.
Progr. di Terap. 1928. Nr. 11).

W sprawie leczenia nieswoistego chorób zakaźnych.

Omnadina przedstawia mieszaninę związków białkowych, lipoidów żółciowych i obojętnych związków tłuszczowych. Łączy ona w sobie znane właściwości antygenowe związków białkowych z właściwościami lipoidów żółciowych i tłuszczów obojętnych, które według spostrzeżeń *Mucha* okazują takie same działanie lecznicze jak związki białkowe.

Gatto stosował Omnadinę przy odoskrzelowych zapaleniach płuc, przy zapaleniach płuc płatowych, grypie, durze brzusznym, jelitowych zakażeniach prątkiem okrężnicy, odrze, śwince, ospie wietrznej i róży, czyli przy wszystkich sprawach gorączkowych o przebiegu ostrym.

Ze względu na brak miejsca nie jesteśmy w stanie przytoczyć tu całej statystyki (35 przypadków odoskrzelowego zapalenia płuc, 27 grypy, 3 świnki i t. d.). Przytoczymy tu w krótkości dla przykładu jedynie kilka historyj chorób:

1) Filotti M., 16 lat. Odoskrzelowe zapalenie płuc. W trzy godziny po wstrzyknięciu Omnadiny ciepłota wśród silnych potów spada do 37,0°. Następnego dnia rano 37,8°. Drugi zastrzyk Omnadiny, po obiedzie 36,6° i chory przechodzi w okres zdrowienia.

2) De L. S., 46 lat. Kłujące bóle w lewej połowie klatki piersiowej, silne dreszcze, gorączka dochodząca do 40°, częste, słabe tętno. Wstrzyknięcie Omnadiny. Po południu 37,2°, lżejsze wykrztuszanie krwawo zabarwionej plwociny, sinica i duszność mniejsze. Trzeciego dnia: o 9 rano 37°. Zastrzyk Omnadiny. Wieczorem o 9-ej — 36,9°. Na czwarty dzień: kłujące bóle ze strony prawej, ciepłota 40°, znaczna sinica, duszność, częste, słabe tętno, 140, niemiarowe, 50 oddechów na minutę. Zastrzyk Omnadiny oraz środków nasercowych. Po południu stan bez zmiany, ciepłota 41,5°. Tętno około 150, oddech 54. Stan odurzenia; zastrzyk Omnadiny. W nocy ciepłota wśród silnych potów opada. Wyzdrowienie.

3) Chory lat 39, grypa z bólami głowy, światłowstręt, osłabienie, suchy kaszel, go-

rączka 39°. W 6 godzin po wstrzyknięciu Omnadiny ciepłota opada do 36,6°. Tegoż dnia wieczorem 38,2°; po następnem wstrzyknięciu Omnadiny stan bezgorączkowy.

4) Zapalenie lewej ślinianki przyusznej. Ciepłota 39,8°. Ku wieczorowi stan ogólny się pogarsza. Następnego dnia rano 40°. Zastrzyk Omnadiny. Po 6 godzinach stan bezgorączkowy. Po dwóch dniach bezgorączkowych, podczas których zaniechano wstrzykiwań Omnadiny, znowu gorączka (39,5°) i obrzęk gruczołu. Powtórne wstrzyknięcie Omnadiny. Wieczorem 36,6°. Obrzęk gruczołów zmniejsza się. Wyzdrowienie.

Następnie autor stosował Omnadinę w dwóch przypadkach ospy wietrznej, raz w 3-im i raz w 4-ym dniu choroby; drugie wstrzyknięcie przerwało w obu przypadkach gorączkę w sposób poronny, poczem szybko nastąpiło wyleczenie.

Podczas epidemji odry *Gatto* stosował z pomyślnym wynikiem Omnadinę w 9 przypadkach; naogół dwa wstrzyknięcia okazały się wystarczające dla osiągnięcia stanu bezgorączkowego. U żadnego z 9 chorych nie wystąpiło żadne powikłanie odrowe, podczas gdy prawie u wszystkich innych dzieci stwierdzono podczas tej epidemji wystąpienie powikłań.

U 2 chorych z różą twarzy i wysoką gorączką dwukrotne wstrzyknięcie Omnadiny doprowadziło do krytycznego spadku ciepłoty i poprawy stanu ogólnego.

Ani razu nie stwierdzono podczas stosowania Omnadiny żadnych objawów działania ubocznego. Przedstawia ona środek bezwzględnie nieszkodliwy, nie wywołujący ani gorączki, ani odczynu ogniskowego. Wstrzykiwania są zupełnie niebolesne. Jeżeli pragniemy osiągnąć wyniki pomyślne i skrócenie czasu trwania choroby, należy zastosować Omnadinę możliwie wcześnie, t. zn. już przy pierwszych oznakach choroby; przy sprawach dalej posuniętych Omnadina pozostaje przeważnie bez większego wpływu. Również wartościowem okazuje się zapobiegawcze stosowanie Omnadiny; dokładniejsze zbadanie tego sposobu postępowania przedstawia wdzięczne zadanie do wykonania.

Dr. Ermando Gatto.
(Progressi di Terapia. 1928. Nr. 11).

Przypadek wyleczenia gruźlicy nagłośni Triphalem.

Hutter donosi o skutecznem leczeniu przypadku gruźlicy nagłośni Triphalem. Chory przybył do szpitala w kwietniu 1927 r. z silnemi bólami podczas łykania. Badanie krtani wykazało znaczne nacieczenie na górnym brzegu nagłośni, w środku którego stwierdzono głębokie owrzodzenie wielkości grochu. Rentgenologicznie stwierdzono zaciemnienie obu szczytów płucnych, przyczem w górnym płacie płuca prawego nacieczenia wielkoogniskowe. Leczenie polegało na dożylnych wstrzykiwaniach Triphalu. Po 5 wstrzyknięciach dożylnych (od 0,001 do 0,01 g), dokonanych w odstępach 2 — 4-tygodniowych, owrzodzenie oczyściło się zupełnie, szybko pokryło się nabłonkiem, nacieczenie zmniejszyło się znacznie. Wynik leczniczy wzmocniono jeszcze przez przypalenie niektórych miejsc nagłośni płaskiem i ostrem żegadłem. Od października chory nie skarży się na żadne dolegliwości. Na brzegu nagłośni widoczna jest jedynie maleńka blizna. Pomimo że Triphal działa łagodniej niż inne preparaty złotowe, ostrożność przy jego stosowaniu jest jednak wskazaną.

Dr. Hutter, Wiedeń.
(Wiedeńskie Tow. Laryngologiczne. Posiedzenie z dn. 5/VI 1928).

Redaktor:
A. ENDE
mag. farm.

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA“
Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrz. Poczt. Nr. 748.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w Drukarni „Rola“ J. Buriana, Warszawa, ul. Mazowiecka Nr. 11.